UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1907 N°

379

DE L'ABSOLUE NÉCESSITÉ

DE

L'ASSISTANCE DES ENFANTS ANORMAUX

ET

DE SES RÉSULTATS AU POINT DE VUE SOCIAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 15 Juillet 1907 à 1 heure

PAR

MAURICE ROYER

Ancien Interne de l'Hôpital du Perpétuel Secours
et de la Fondation Vallée (Hospice de Bicêtre)

Président . . . . M. BRISSAUD, *professeur.*

Juges. . . . . . MM. DEJERINE, *professeur.*
CLAUDE, *agrégé.*
BALTHAZARD, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

LANE LIBRARY

AVERTISSEMENT

Cette thèse devait porter le titre suivant : « *Recherches sur le venin des Hémiptères aquatiques, en particulier chez* Notonecta glauca *L.* ». Ce sujet m'avait été indiqué par mon maître M. le professeur Raphaël Blanchard, qui m'a toujours témoigné au cours de mes études une amicale bienveillance. Je suis heureux de lui adresser ici mes affectueux remerciements. Les premiers résultats obtenus ne suffisaient pas pour faire de cette thèse un travail original, il fallait encore de nombreuses expériences, et un temps trop considérable, aussi M. le professeur Raphaël Blanchard a-t-il bien voulu m'autoriser à abandonner momentanément ce sujet.

Après avoir, pendant les vacances scolaires, pris à l'Hôtel-Dieu de Troyes le premier contact avec les malades sous la paternelle affection de M. le docteur Viardin, je suis entré à l'Hôtel-Dieu de Paris, en qualité de bénévole, dans le service de la consultation de chirurgie de M. le docteur Demoulin, qui me donnait avec une grande bienveillance de précieux conseils. Je fus ensuite admis par M. le docteur Lancereaux, dans son hôpital du *Perpétuel Secours*, où son interne le docteur Paulesco, de Bucarest, auquel je devais plus tard succéder, m'initia aux analyses complètes d'urines, aux ablations de capsules surrénales de cobayes et de lapins et surtout à la pratique des autopsies. Après de longues années passées à me perfectionner dans ces différentes études, j'eus l'heureuse fortune d'être agréé, en rempla-

cement de son interne, par M. le docteur Bourneville, médecin de la Fondation Vallée.

Mon cher Maître,

J'ai appris de vous à voir dans nos malheureuses petites malades, non plus des pièces d'anatomie pathologique, mais des êtres arriérés et souffrants qu'il n'était pas impossible de ramener à la normale.

Les résultats que vous avez obtenus témoignent assez de ce que peut la Science, alliée à une inépuisable bonté.

Permettez-moi de vous dédier cette thèse comme un bien faible hommage d'une amitié respectueuse et profondément reconnaissante.

* * *

Pendant notre trop court séjour à Bicêtre, nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le Dr Ph. Chaslin, qui n'a pas cessé de nous donner en toute occasion des preuves de bienveillance et de sympathie.

Arrivant ensuite dans l'admirable service d'enfants créé par M. le Dr Bourneville, nous y avons trouvé M. le Dr André Riche, déjà pour nous un très ancien ami, et depuis lors un conseiller toujours utilement écouté.

Enfin, M. le professeur Brissaud a droit à toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURNEVILLE

Ancien Médecin de l'hospice de Bicêtre,
Médecin de la Fondation Vallée,
Ancien Député de la Seine,
Ancien Conseiller général de la Seine,
Ancien Conseiller municipal de Paris,
Membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine,
Du Conseil supérieur de l'Assistance publique,
Du Conseil supérieur de l'hygiène publique, etc...

INTRODUCTION

Nous plaidons pour ceux qui ne peuvent plaider pour eux-mêmes.
BOURNEVILLE.

Après l'essor donné en France par M. le Dr BOURNEVILLE au mouvement en faveur de l'éducation et du traitement des enfants anormaux, nous avons assisté au fonctionnement de la Commission ministérielle, dite des enfants anormaux, qui vient d'aboutir au dépôt, par M. le Ministre de l'Instruction publique, d'un projet de loi, sur l'assistance de cette catégorie de déshérités.

Quelques essais de classes spéciales sont aujourd'hui tentés, et nous ne saurions trop encourager les promoteurs de si humaines institutions; mais si l'on considère ce qui se fait à l'étranger, on reste sous une impression pénible en songeant que, de ce pays, sont parties les méthodes qui fleurissent sous d'autres cieux.

L'ardeur des premiers combattants, qui entourèrent au début de sa lutte inlassable M. le Dr BOURNEVILLE, s'éteint pour la plupart petit à petit. Forcé par l'âge d'abandonner le service créé par lui de toutes pièces, c'est avec une peine profonde qu'il assiste à la destruction de l'idéal qu'il avait rêvé.

Et songeant avec tristesse au lion malade de PHÈDRE, j'ai voulu décrire ce qu'a été l'œuvre du docteur BOURNEVILLE, ce qu'est sa méthode d'éducation médico-pédagogique en insistant sur les résultats non contestables qu'elle a donnés. Si la Société a le droit de se défendre contre les dangereux, elle a le devoir de protéger les faibles. En dépit des critiques acerbes que subit actuellement encore l'œuvre de mon maître, cette œuvre n'en

reste pas moins comme le modèle de l'assistance des enfants arriérés. Nous regrettons vivement que parmi les nombreux visiteurs qui se pressèrent autrefois à Bicêtre, et qui viennent encore chaque semaine à la Fondation Vallée, il y ait un si petit nombre de compatriotes. Nous aurions vu avec plaisir les détracteurs systématiques venir se convaincre par eux-mêmes de la haute utilité de semblables institutions, et mettre l'habileté de leur plume au service de nos petits malades.

*
* *

Ce travail comprend cinq parties :

1 La définition de ce que nous entendons par « enfance anormale ».

2° L'historique.

3° La méthode du docteur Bourneville et les résultats obtenus.

4° La nécessité de l'Assistance des enfants anormaux.

5° L'état actuel de l'Assistance des enfants anormaux, en France et à l'étranger.

Nous avons réuni nos différentes observations en un sixième chapitre.

Enfin nous donnons, en appendice, les instructions médico-pédagogiques du Dr Bourneville.

CHAPITRE PREMIER

DE L'ENFANCE ANORMALE

Par *enfance anormale* nous n'entendons désigner que les *enfants mentalement anormaux*. Nous laissons donc entièrement de côté les aveugles, les sourds-muets et les bègues, pour lesquels d'ailleurs existent d'assez nombreux établissements d'assistance.

Parmi ces mentalement anormaux, les uns ont été marqués dès leur naissance par une hérédité funeste, dont ils traînent avec eux les stigmates, et qui influencera d'une manière désastreuse leur évolution ultérieure ; d'autres, normaux dès le début de leur vie, sont restés depuis dans des milieux défavorables qui, en faussant leur développement intellectuel, les ont placés dans une des nombreuses catégories de l'échelle des affections mentales et morales.

A l'heure actuelle on peut diviser les *mentalement anormaux* en trois grandes classes se subdivisant elles-mêmes, et offrant parfois entre elles des points de contact. Ce sont les *idiots*, les *épileptiques*, les *pervers*. Les *idiots* nous offrent à considérer cinq sous-classes : 1° l'*idiotie complète ;* 2° l'*idiotie profonde ;* 3° l'*idiotie légère ;* 4° l'*imbécillité prononcée ;* 5° l'*imbécillité simple* (1).

(1) Intentionnellement nous ne nous occuperons pas dans ce travail de deux autres catégories d'enfants anormaux, les *hébéphréniques* et les *alcooliques*. Ces derniers sont d'ailleurs heureusement rares et relèvent plutôt de la médecine générale. Quant à l'*hébéphrénie* ou folie de l'enfance et de la puberté elle consiste en désordres psychiques des plus variables. Tantôt il s'agit d'une simple *dépression* plus ou moins vive pouvant se changer en *hypocondrie*, tantôt c'est au contraire de l'*excitation* à un degré variable dé-

Idiotie complète. — L'idiot complet est l'être ne possédant même pas les notions instinctives les plus élémentaires, la marche, la préhension, la parole, l'attention sont nulles. Réduit à une vie purement végétative, l'idiot complet se laisserait mourir de faim à côté de ses aliments ; il n'a pas conscience du besoin de s'alimenter ou est alors un glouton dépourvu du sentiment de la satiété. La sensibilité générale est presque complètement abolie, on note une indifférence marquée à la douleur, au froid ou à la chaleur. Les excrétions sont involontaires, un perpétuel écoulement de bave et de mucosités nasales donne au malade un aspect répugnant. Beaucoup d'entre eux ont des tics multiples, se cognant violemment la tête (*krouomanie*), se rongeant les poings, se balançant perpétuellement, etc... ou poussant des cris violents par accès. Ce genre d'idiots peut être considéré comme le *summum* de la dégradation. « Il y a donc des bêtes humaines ! » disait une visiteuse en voyant les enfants de ce groupe.

Idiotie profonde. — L'idiot profond diffère du précédent en ce que la motilité est moins atteinte, la marche quoique défectueuse est possible. La parole est réduite à quelques monosyllabes sans signification. Les mêmes tics, les mêmes manies sont rendus plus dangereux par la possibilité qu'ont ces enfants de se mouvoir et qui exposent les autres à subir les conséquences de leurs impulsions. L'idiot profond mange instinctivement, mais porte à sa bouche ce qui lui tombe sous la main et mastique aussi volontiers des aliments que des excréments ; la salacité appartient en propre à cette catégorie d'idiots.

Idiotie légère ou simple. — L'idiot léger, ou plus simplement

générant parfois en *agitation*. Parfois on peut observer des *conceptions délirantes* qui prennent souvent un *type mystique* et parfois aussi un *type érotique* qui amène le sujet à des habitudes de masturbation ; parfois aussi il existe des *terreurs nocturnes*, des *cauchemars* avec *hallucinations*. Cette sorte de folie est en général *peu grave* ; d'après Régis, elle disparaîtrait avec la cessation de la période critique qui lui a donné naissance, à moins d'avoir sa source dans une hérédité très marquée, auquel cas elle n'est que la première étape d'une dégénérescence intellectuelle ou d'une démence incurable.

l'idiot est en possession de tous ses instincts ; il marche parfois avec exubérance, il a une certaine préhension, son attention quoique fugitive est déjà notable. Il reconnaît assez souvent les visages les plus habituels, parents ou infirmiers. Il est capable de prononcer quelques mots et plus tard de se faire comprendre.

Le *Sauvage de l'Aveyron* (1) nous offre un exemple remarquable d'idiotie légère.

Ces trois premières subdivisions de l'idiotie ont un caractère commun : le gâtisme nocturne et diurne.

Imbécillité prononcée. — Avec les imbéciles prononcés nous n'observons plus de gâtisme, au moins diurne ; le malade possède quelques notions de propreté, il parle, il reconnaît les visages habituels, il peut à la rigueur rendre quelques services ménagers, peut laver le linge ou faire la vaisselle, mais sa volonté est sans énergie, l'attention est fugace, la mémoire peu active. Ces imbéciles peuvent comparer, combiner ; toutefois ils s'élèvent difficilement à des idées générales et abstraites ; ils pensent et n'agissent que par autrui, et ne sauraient, dans cet état, vivre libres au milieu d'une Société organisée, risquant de devenir la proie d'individus peu scrupuleux ou de criminels qui en feraient leurs instruments inconscients.

Imbécillité simple. — L'imbécile simple n'est pas rare à l'état libre ; pourvu de tous les éléments de la vie de relation, il présente une très notable *arriération intellectuelle*, c'est ce qu'on désigne familièrement sous le nom de *minus habens*. L'imbécile peut être dangereux, parce que facilement suggestionnable, et à l'égal des imbéciles plus prononcés, peut servir d'instrument en de mauvaises mains (2).

(1) Itard. *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité* (publié par Bourneville) ; Paris, 1894.

(2) « Les mots *débilité mentale*, employés par quelques médecins, font double emploi avec les mots *imbécillité simple* et *arriération* : ils devraient être réservés pour les adultes et surtout pour les vieillards qui, de riches intellectuellement, deviennent pauvres. » Bourneville, *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel moral*, p. 4.

*
* *

Les *épileptiques* peuvent appartenir à l'une quelconque des subdivisions de l'idiotie, ou avoir une intelligence normale. Dans ce dernier cas, ils nous offrent à considérer les *épileptiques simples* et les *épileptiques en déchéance*. Nous ne nous étendrons pas d'ailleurs sur cette catégorie d'anormaux, l'assistance de ces malades étant nécessitée par les mêmes motifs que pour les idiots, et la méthode d'éducation et la thérapeutique, qui leur sont applicables, restant sensiblement les mêmes.

*
* *

Les *pervers* sont généralement confondus et traités en même temps que les *pervertis*. A notre avis, ils en diffèrent totalement et dans les symptômes qu'ils présentent et dans les résultats que l'on est en droit d'attendre d'eux.

Acceptant la théorie de Chevalier (1), nous aurons une première classe de *pervers*, enfants présentant des *perversions* instinctives, d'origine congénitale, à antécédents morbides généralement affirmées, et une seconde classe de *pervertis*, enfants ne présentant que de la *perversité* acquise se manifestant sous l'influence de facteurs sociologiques appropriés et du milieu, par habitude professionnelle, par nécessité, ou par peur. Et nous ajouterons à cette division un peu sommaire une troisième catégorie : les *pervers-pervertis*, ces derniers ayant emprunté aux uns des prédispositions congénitales, et ayant acquis en partie les perversités des autres.

Cette classification rappelle celle de M. Ch. Robert, qui, dans une conférence très étudiée faite à la Société des prisons, avait divisé les enfants détenus en trois groupes :

1° Ceux qui sont entièrement obtus, abrutis, ou dans un état d'infériorité intellectuelle tellement prononcé, que, malgré tous les efforts, aucun rayon de lumière ne pourra dissiper ces profondes ténèbres (2).

(1) Chevalier. *Sur l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal*, 1885.

(2) Dr H. Thulié. *Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie*, Paris, 1900, p. 9.

Ces enfants que le Dr Thulié appelle des infirmes de l'esprit « n'auraient jamais dû aller en prison ; ils ressortissent à Paris de l'admirable service du Dr Bourneville, dont les soins auraient fait pénétrer quelques rayons de lumière dans l'esprit de ces dégénérés, contrairement à l'opinion de M. Ch. Robert. »

» 2° Viennent ensuite ceux qui sont assez intelligents, mais vicieux et corrompus, ceux que le Dr Motet appelle des êtres *instinctifs*, ceux qui ont trouvé dans les mauvais exemples dont leur enfance a été entourée comme dans l'hérédité funeste résultant de l'alcoolisme et de la brutalité, une organisation défectueuse, une situation intellectuelle et morale des plus étranges. Leur esprit, leur conscience ne sont pas éteints ; ils ne sont pas idiots ; ils savent ce qu'ils font et ce qu'ils veulent... »

» 3° La troisième catégorie d'enfants, et heureusement la plus nombreuse, est formée de ceux que le Dr Motet compare à de la cire molle. Ce sont ces enfants qui subissent les influences pernicieuses ou bienfaisantes du milieu où on les place, etc... (1). »

En ce qui concerne cette dernière catégorie d'enfants nous ne partageons pas les idées du Dr Motet ; pour nous ces enfants appartiennent à notre subdivision des *imbéciles* ; il y a en outre une catégorie d'enfants placés à tort dans nos asiles et qui ont besoin comme nous le verrons d'une éducation toute différente.

Examinons maintenant les caractères de nos principales divisions et les résultats favorables que l'on est en droit d'attendre pour chacune de ces catégories.

Les *pervers* présentent différentes anomalies naturelles, que le Dr Thulié appelle *stigmates physiques*, parmi lesquels les plus fréquemment rencontrés sont :

... La petitesse du crâne, son développement excessif, quelquefois monstrueux, ses diverses malformations, l'asymétrie de la face, le prognathisme plus ou moins développé, la forme ogivale de la voûte palatine, le bec-de-lièvre, la malformation des oreilles..., non seulement la tête, mais encore les membres et le reste du corps, portent des caractères de la dégénérescence héréditaire : les doigts supplémentaires, les pieds bots, l'hypospadias, le spina bifida, etc. (2).

(1) Dr Thulié, *loc. cit.*, p. 19.

(2) Dr Thulié, *loc. cit.*, p. 13.

A notre avis ces *pervers* qui traînent avec eux une hérédité généralement chargée, ou qui ont été conçus dans l'ivresse, doivent rentrer dans l'une quelconque des subdivisions de l'idiotie ; ce sont généralement des imbéciles prononcés, ce qui contribue à les rendre très difficilement éducables et perfectibles, car à côté de la *cire molle* qu'est l'imbécile, ils ont une déviation des instincts telle qu'ils sont obstinément entêtés, foncièrement méchants ; et alors qu'un imbécile prononcé est éducable dans une grande mesure, les *pervers* restent des êtres cruels, essentiellement dangereux, capables des pires actions.

On trouvera plus loin une observation d'enfant pervers (Obs. I) que plusieurs années de soins assidus n'ont pu parvenir à améliorer.

Tout autres sont les *pervertis*, chez ces derniers on ne trouve que rarement des stigmates de dégénérescence. Ce sont ces enfants qui sont appelés dans les familles des *avancés*, des *précoces* ; plus intelligents que la normale des enfants de leur âge, ils perfectionnent instinctivement le mauvais instinct qui sommeille en chaque enfant ; de bonne heure, ils sont instables, turbulents, désobéissants, chipeurs, puis menteurs pour voiler leur désobéissance ou leurs larcins : de plus ils sentent s'éveiller généralement de très bonne heure leur ardeur génésique et se livrent à la masturbation de façon parfois excessive (1). Cette catégorie dite des *pervertis* est essentiellement corrigible par disparition de certains défauts comme le vol, en même temps qu'ils acquièrent la notion de l'honneur ; mais c'est surtout en

(1) Nous croyons que si les *excès* de masturbation ont incontestablement sur la santé et sur l'équilibre mental une influence néfaste, il n'y a pas lieu de s'alarmer dès la première constatation. Nous pensons que les désordres tant physiques que moraux dus à l'onanisme *sont extrêmement rares* et nous partageons à ce sujet l'opinion de Lasègue : « *Et tout d'abord l'adulte qui ne s'est jamais masturbé existe-t-il ? C'est là une première question qu'il m'est difficile de résoudre d'une manière certaine. Je n'ai pas de statistique à cet égard, toutefois je crois qu'un pareil individu existe réellement. J'ajouterai que c'est là un type, qui, d'un côté, touche à la perfection morale, mais qui de l'autre se rapproche des individus agénésiques, de telle sorte qu'au lieu de féliciter les parents sur ce que les enfants ne se masturbent jamais, c'est le contraire qu'il faudrait faire.* »

grandissant et au contact de la vie normale que s'atténuent leurs mauvais instincts. Ce qui était défaut dans le jeune âge devient peccadille dans l'adolescence, ce qui nous permet de conclure que ces enfants seront normaux, *quand ils auront atteint l'âge de leurs défauts.*

L'une des différences essentielles qui nous permet de séparer les *pervers* des *pervertis* consiste dans l'état intellectuel du malade. Alors que le *perverti* est généralement aussi précoce dans ses progrès scolaires que dans ses défauts (voir Observation II), le *pervers* est atteint d'arriération intellectuelle très prononcée.

En ce qui concerne l'onanisme que l'on rencontre presque toujours et chez les *pervers* et chez les *pervertis*, il y a une distinction à faire, comme Magnan l'a fort bien montré. Et ceci vient à l'appui de notre théorie ; tout autre est l'onanisme des idiots, tout autre est celui des pervertis. Chez les premiers l'amour est un pur réflexe médullaire, seul fonctionne le centre génito-spinal de Budge, d'une façon automatique, quasi inconsciente, dit le Dr Laupts (1), qui les range dans le groupe des *spinaux* ; chez les pervertis au contraire c'est la région cérébrale qui entre en jeu, ce sont des *cérébraux*.

Il nous faut alors distinguer un groupe de *spinaux cérébraux* ; dans ce cas le malade court à la satisfaction de ses instincts et ceci nous ramène à un groupe intermédiaire entre les *pervers purs* et les *pervertis*, que nous appellerons les *pervers-pervertis*. Nés avec un certain nombre de stigmates physiques, dont l'un des plus fréquents est une lèvre inférieure épaissie, dite *sensuelle*, ils possèdent une certaine imbécillité morale, par laquelle ils semblent ne donner libre cours qu'à leurs instincts mauvais. Néanmoins ce groupe est parfaitement éducable grâce à un enseignement spécial, à une surveillance continue. Moins chargés en hérédité que les *pervers purs*, ils peuvent surtout vaincre leur perversité acquise et devenir de ce fait même considérablement améliorés (voir Observation III).

Mais alors que dans des services spéciaux d'enfants arriérés

(1) Laupts. Perversion et perversité sexuelles, Paris, 1896.

on doit soigner les *pervers purs* et les *pervers-pervertis*, nous pensons qu'il faudrait en exclure les *pervertis*. Ceux-ci, en effet, ne peuvent s'accommoder de l'écolage à petites doses auquel sont soumis les arriérés, et qui ne suffirait pas à leur intelligence plus vive. D'autre part ils risquent par de mauvais exemples d'amener une aggravation pour les autres malades. Enfin la discipline ne peut être la même. Les pervertis jouissent de ce qu'on est convenu d'appeler leur libre arbitre et doivent être réprimés avec une sévérité réglée, tandis que nos malades, plus ou moins mais toujours inconscients, sont soumis à des réprimandes appropriées ou seulement placés, par une surveillance continue, dans l'impossibilité de mal faire.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

1° Les enfants idiots et dégénérés, avant le Dr Bourneville

La première tentative d'hospitalisation des enfants arriérés, des *innocents*, comme ils étaient appelés à cette époque, date de 1656 (1). L'hôpital de Bicêtre comptait alors environ six cents pauvres parmi lesquels :

Vieillards au-dessus de 70 ans qui ne sont incommodés que de la vieillesse, grands garçons estropiez, petits garçons estropiez incurables, aveugles, paralytiques, imbéciles, épileptiques (2) etc.

Jusqu'à la Révolution, la situation des malheureux hospitalisés était épouvantable :

Ils couchaient jusqu'à 8 dans le même lit, sans distinction de mal, ni d'habitude... les individus de tout sexe et de tout âge se coudoyaient. Les cuisines étaient infectes, la nourriture détestable.

Il y avait en outre, hors de l'enclos principal de la prison, un local, succursale de la maison de Force, et qui renfermait des enfants dont la plupart n'avaient pas quinze ans ; placés là, à la demande de leur famille, ou de leur patron, il suffisait :

D'avoir dérobé quelques fruits à un étalage, injurié son maître, mal

(1) Il y avait eu primitivement à Bicêtre une hospitalisation d'enfants; en 1648, Vincent Depaul avait obtenu d'Anne d'Autriche la permission d'y recevoir et d'y nourrir les *Enfants trouvés*.

(2) Registre des délibérations de l'Hôpital général, année 1657 ; citation Armand Husson.

répondu à son père, flâné un peu plus que de coutume sur les places publiques, joué au palais ou aux dés dans les carrefours... pour qu'un ordre de séquestration à la correction de Bicêtre fût immédiatement lancé contre l'enfant dont une famille désirait se débarrasser (1).

Après la Révolution, les enfants idiots et épileptiques ne reçurent guère que des soins matériels ; considérés à peine comme des êtres humains, ils étaient abandonnés à eux-mêmes, livrés à leurs funestes habitudes et à tous leurs mauvais instincts.

Cependant la question d'éducation des anormaux commençait à être soulevée. En 1801, Itard, alors médecin de l'Institution des sourds-muets, avait multiplié ses efforts pour éduquer le *Sauvage de l'Aveyron* et, quoique déçu dans ses espérances, il n'avait pas moins consacré cinq années à rendre obéissant et supportable, cet être qui lui avait été confié insociable et dégoûtant. Ces efforts, continués avec tant de persévérance, devaient être repris, en 1824, par Belhomme, alors interne à la Salpêtrière, qui, dans sa thèse, concluait à la possibilité de l'éducation des idiots.

En 1828, Ferrus installait à Bicêtre la première école, où l'on tenta d'apprendre à ces enfants la lecture et l'écriture.

En 1831, Falret aménagea une école analogue à la Salpêtrière, et, en 1834, F. Voisin créait un « établissement orthophrénique », semblant vouloir poursuivre avec ardeur les essais tentés auparavant.

Mais c'est surtout à Séguin que « l'humanité est redevable de la méthode de traitement et d'éducation des enfants déshérités sous le rapport de l'intelligence ». (Bourneville, *Compte rendu de Bicêtre*, 1887.)

Edouard Séguin, né à Clamecy le 20 janvier 1812, après avoir reçu une éducation très complète au collège d'Auxerre, puis au lycée Saint-Louis de Paris, commença ses études de médecine sous la direction d'Itard, et entra plus tard en relations avec Esquirol. Reprenant les expériences de son maître, qui semblaient cependant n'avoir eu que peu de succès, il fut amené à

(1) Paul Bru. *Histoire de Bicêtre*.

prouver que l'idiotie n'était pas toujours due à la défectuosité ou à la malformation du cerveau ou du système nerveux, mais résultait le plus souvent d'un simple arrêt du développement mental déterminé par des causes diverses et se produisant avant, pendant et après la naissance. Il put montrer que cet arrêt de développement pouvait être vaincu par un traitement approprié, et que l'idiot, placé primitivement au ban de la Société, pouvait espérer tenir un jour une place honorable. Mais il fallait pour cela une surveillance de tous les instants, un réveil de l'instinct, un perfectionnement de tous les gestes, une éducation complète de tous les sens. Ses travaux, commencés en 1837, furent l'objet d'un rapport élogieux d'Orfila, au Conseil général des hôpitaux et hospices civils de Paris. Séguin fut alors nommé instituteur des enfants de Bicêtre à la fin de novembre 1842 ; malheureusement l'administration semblait hostile à toute réforme nouvelle, elle n'aida pas Séguin dans la tâche ingrate et généreuse qu'il avait entreprise. Entouré d'envieux et de malveillants, il fut ignoblement calomnié et se voyait retirer ses fonctions en décembre 1843.

Il fonda ensuite une école privée, rue Pigalle, et continua ses travaux. Son nom fut alors connu dans tous les pays civilisés ; de presque toutes les parties du monde affluèrent les philanthropes et les savants ; ils transportèrent dans leur pays la méthode de Séguin, et partout furent créés des asiles spéciaux cependant qu'en France s'estompait peu à peu le nom de cet homme de bien, en même temps qu'étaient oubliés sa méthode et ses efforts.

En 1851, Séguin se rend aux Etats-Unis où il continue l'œuvre commencée, collaborant à l'établissement de nouvelles institutions du Connecticut, de l'Ohio et de la Pensylvanie. Après un court séjour en France où il était revenu, il s'installa définitivement dans l'Etat de New-York. Il mourut à New-York même, le 28 octobre 1880. Séguin avait publié de nombreux travaux, parmi lesquels se décèle la tension de son esprit vers son sujet favori : l'éducation. Sa haute valeur fut appréciée des médecins américains.

Le Dr Georges Brown après avoir rendu hommage à la méthode de notre compatriote (1) ajoutait :

Sans Séguin, des milliers d'enfants seraient encore des idiots bavants, qui, maintenant, grâce à ses travaux, sont relevés à l'état d'homme et sont rendus heureux dans les asiles créés pour eux.

Le docteur Ambroise Miller écrivait dernièrement : « Le docteur Séguin (de Paris) fut le *premier des premiers* dans cette œuvre et dans son développement (l'éducation des anormaux). Tandis que les noms qui l'ont suivi doivent être écrits en lettres d'or, les lettres du sien doivent être serties de diamants. »

2° L'œuvre du docteur Bourneville.

Lorsqu'en 1860, M. Bourneville, alors étudiant en médecine, suivit le service de Delasiauve, celui-ci venait de publier un mémoire communiqué deux ans auparavant à l'Académie de Médecine, dans lequel il exposait la situation des enfants idiots de Bicêtre, et indiquait les perfectionnements nombreux que l'on pouvait mettre en jeu en faisant appel à la bonne volonté des enfants moins arriérés, ainsi qu'à celle des serviteurs des salles. Les rares essais tentés donnaient déjà quelques résultats que l'on pouvait espérer beaucoup plus remarquables avec une éducation systématique. Delasiauve se heurta à l'inertie de l'administration de l'Assistance publique. A. Voisin qui lui succéda en 1865 et Falret qui succéda à Voisin de 1867 à 1879 ne furent pas plus heureux.

En 1878, M. le Dr Bourneville, conseiller général de la Seine, commença la lutte qu'il ne devait jamais abandonner, et grâce à sa ténacité, il arrachait petit à petit, morceau par morceau, les réformes nécessaires ; une longue série de rapports, tant au Conseil général qu'à la Chambre des députés, témoigne de la lutte inlassable qu'a soutenue M. Bourneville.

(1) In Memory of Edouard Séguin, p. 42.

Il visite en Angleterre les asiles d'Earlswood et de Clapton, et il constate avec regret qu'après avoir emprunté à la France, où pour la première fois une tentative sérieuse d'éducation des idiots avait été installée, l'Angleterre avait largement perfectionné cet enseignement, et qu'il nous fallait aujourd'hui faire des emprunts à nos voisins.

Dès qu'il est chef de service, c'est-à-dire après le départ de Falret en septembre 1879, M. Bourneville tente l'application de quelques réformes, mais :

L'incapacité et surtout la mauvaise volonté de l'instituteur... nous ont conduit à temporiser et à concentrer nos efforts sur les enfants délaissés, c'est-à-dire sur la majorité.

Et M. Bourneville ajoute :

On ne saurait croire combien est grand le désordre dans cette partie du service ; il n'y a pas de local pour séparer des autres les enfants en accès et leur permettre de se reposer; les enfants trop turbulents sont mis à la porte par l'instituteur et abandonnés sans surveillance : ceux qui vont aux cabinets rentrent ou vagabondent et se livrent tout à leur aise à l'onanisme ; ceux qui exigent un peu trop de patience sont relégués dans un coin de l'école et on les déclare inéducables. Les tables de l'école sont des tables de réfectoire, avec des bancs mobiles, sans dossier, l'instituteur vient à neuf heures, s'en va à 11, revient à une heure, et quitte définitivement à 3 heures du soir. En dehors de ces heures, les enfants sont confiés à des gardiens sans instruction, changeant plusieurs fois par année. Le jeudi et le dimanche, il n'y a pas d'école ; les enfants restent la journée au gymnase, dans un désœuvrement complet... Quelques-uns d'entre eux se traînent dans la salle, la plupart sont attachés sur une chaise percée, sans fond, revêtue d'une alèze qui laisse écouler les matières sur le carreau.

Et si l'on aborde les paralytiques et les idiots, le tableau est encore plus sombre:

Les enfants sont réunis dans une même salle qui leur sert à la fois de dortoir et de réfectoire. On reçoit en outre dans ce même local des enfants atteints de maladies contagieuses (rougeole, croup, etc.), d'où un foyer d'infection, dont l'aspect et l'odeur révoltent tous ceux qui ont le courage de visiter.

Les cabinets d'aisances sont privés d'eau, il n'y a pas de lavabos, les plafonds, les murs sont sales, le sol est humide et gluant; l'aération et la ventilation difficiles en hiver, par suite du séjour permanent de 25 à 30 enfants gâteux, accroissent encore l'horreur de la situation. Situation que les efforts de DELASIAUVE, de VOISIN et de FALRET n'avaient pu améliorer, mais dont devait triompher l'infatigable opiniâtreté du docteur BOURNEVILLE. Il éclaira les pouvoirs publics et parvint, grâce à l'appui du Conseil général et du Conseil municipal, *dont il était membre*, à commencer les améliorations nécessaires.

Tout d'abord se basant sur le principe qu'un personnel *instruit*, *jeune* et *partant malléable* pouvait rendre à l'Administration de précieux services, M. BOURNEVILLE demanda le remplacement d'un des deux infirmiers chargés de la garde des enfants dégradés, par deux infirmières choisies parmi les élèves les plus instruites de l'Ecole des infirmières de Bicêtre. Il se heurta à un refus incompréhensible; il n'était pas possible, selon le directeur général, de confier à des femmes, des enfants de ce genre. Après des demandes réitérées, on offrit deux infirmières de 40 ans, il aurait fallu accepter, si le surveillant du service : « *plus confiant que l'Administration, n'avait offert ses deux jeunes filles.* » L'expérience démontra le bien-fondé de l'essai tenté par le docteur BOURNEVILLE; le directeur général, ayant compris les avantages d'un tel système, n'hésitait pas à s'approprier l'honneur de cette amélioration. (Rapport à M. le Sénateur, Préfet de la Seine, 27 novembre 1879.)

Puis commence l'enseignement médico-pédagogique qui se résume en une remarquable leçon de choses. M. BOURNEVILLE cherche à graver sur la *table rase* de LOCKE, *in quâ nihil scriptum est*, les impressions les plus simples, et par une vaste synthèse arrive à éclairer de quelques lueurs, des cerveaux qui semblaient à jamais condamnés.

M. BOURNEVILLE fait feu de tout bois : Un ancien réfectoire d'infirmiers inoccupé est transformé à l'usage des enfants dégradés valides. Il est éloigné de 200 mètres environ du petit parloir où ces enfants résident dans la journée, qu'importe !

dans cet éloignement même, M. Bourneville trouve deux avantages: les enfants n'encombrent plus l'infirmerie à l'heure des repas, et sont ainsi astreints à des exercices de marche. Dès l'instant, commence l'apprentissage du maniement de la cuiller, de la fourchette et du couteau, et, moins d'un an après cette installation, 22 enfants savent se servir de la cuiller et de la fourchette, 18 moins exercés n'utilisent que la cuiller.

Puis apparaît l'installation du traitement du gâtisme, après l'avis favorable émis par le Conseil général dans sa séance du 18 mai 1880. Le système imaginé par le Dr Bourneville, et dont on trouvera plus loin la description, habitue les plus dégradés, à un certain degré de propreté, rend moins répugnants les soins à apporter à ces malheureux et diminue de façon fort sensible les frais du blanchissage de tels malades ; cela permet en outre « *de ne plus essuyer tous les enfants dans la même alèze!* »

Quelques résultats d'ordre secondaire viennent compléter les premiers résultats obtenus. La quantité de vin accordée à chaque repas est augmentée, des promenades dans le marais (1) sont instituées les jours de beau temps ; parfois les promenades se font au dehors, au Jardin des plantes, au Jardin d'acclimatation, au Bois de Boulogne, etc. Les permissions de sortie des malades sont multipliées, et M. Bourneville arrive même, après entente préalable avec le Préfet de police, à obtenir la création de *congés* d'une à deux semaines. Tout concorde à :

« améliorer la situation du malade, à lui accorder toute la somme de liberté compatible avec son état mental et la sécurité publique ; rapprocher le plus possible l'asile d'aliénés de l'hôpital. »

En même temps et convaincu de la nécessité pour les infirmiers de connaître à fond le caractère de leurs petits malades, M. Bourneville obtenait en leur faveur, et non sans peine, un avancement sur place.

(1) Le marais de Bicêtre est un vaste jardin maraîcher qui dépend de l'hospice et dont l'entretien est assuré par les malades valides des différents services. Les productions servent en grande partie pour l'alimentation de la maison.

Chaque année M. le Dr Bourneville entreprend alors la publication de ses : *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, Compte rendu du service des enfants idiots et arriérés de Bicêtre*, et l'on assiste ainsi à la longue série de luttes entreprises et d'efforts déployés pour arriver jusqu'en 1885, époque à laquelle existe enfin en France un service modèle, dans lequel vont affluer des visiteurs de toute nationalité, qui multiplieront chez eux les quelques tentatives faites en faveur des anormaux, déterminant ainsi un courant d'opinions bienfaisantes et portant jusqu'en Amérique du Sud ces principes nouveaux de solidarité.

3° Le service du docteur Bourneville.

En 1878, le Conseil général de la Seine s'était ému de la situation sordide de la section des enfants et avait conclu à la création d'une section spéciale pour 200 enfants.

Le directeur de l'Assistance publique fit établir à ce moment un devis qui ne correspondait nullement au désir du Conseil général. M. Bourneville, chargé du rapport, se mit en devoir d'exposer très exactement les besoins du service et ce n'est qu'en 1892 que la section était enfin complètement terminée.

Le terrain sur lequel est construit le quartier des enfants de Bicêtre est situé à l'angle sud-ouest de l'hospice ; il est en coteau et domine la vallée de la Bièvre et la commune de Gentilly. La vue s'étend sur la plus grande partie de la rive gauche de Paris.

On pénètre dans le service par une allée plantée d'arbres qui se prolonge en décrivant une courbe dominant la *Sûreté* (1), placée en contre-bas, jusqu'à l'entrée proprement dite de la section. On pénètre alors dans une vaste cour plantée d'ormes et de tilleuls, à droite on remarque le *bâtiment des ateliers* (plan n° 87) où suivant les aptitudes qui leur sont reconnues les enfants

(1) Quartier autrefois réservé aux aliénés les plus dangereux, détruit en 1904 par un incendie allumé par un malade, reconstruit et destiné depuis aux ateliers de l'hospice.

sont employés, à la menuiserie, à la serrurerie, à l'imprimerie, à la couture, à la brosserie, à la vannerie, au rempaillage et à la cordonnerie. C'est donc neuf corps de métiers différents que l'on peut enseigner aux petits malades, si l'on y ajoute le jardinage qui se fait en plein air.

En face du bâtiment s'élève le *gymnase couvert* ; dans la cour sont disséminés les différents appareils de la grande gymnastique, les leçons étant toujours, lorsque le temps le permet, données en plein air. Deux *préaux* couverts (plan n° 90) joignant les ateliers et le gymnase au bâtiment des réfectoires, mettent les enfants à l'abri de la pluie; enfin des bancs placés sous les préaux et autour de la cour, ainsi qu'un petit pavillon de *cabinets d'aisances* complètent l'installation.

Les *réfectoires* (plan n° 85) sont vastes et bien aérés, ils sont pourvus de *lavabos* et d'*offices-laveries* spacieuses afin de permettre aux enfants d'aider sans encombrement à desservir les tables et à laver la vaisselle.

Entre les *réfectoires* et le bâtiment des écoles existe une seconde cour réservée aux enfants de la petite école; cette cour est plantée d'arbres d'essences différentes, tous étiquetés, et au centre on remarque deux petits parterres d'arbustes divers. Les deux petits côtés de cette cour sont occupés, l'un par le service des soins de propreté et du traitement du gâtisme, l'autre par le service des bains et douches.

Un peu en avant de ces services s'élève un chalet de nécessité, dont les portes percées d'ouvertures permettent de surveiller ce qui se passe à l'intérieur des cabines et d'empêcher ainsi les enfants, dans une certaine mesure, de se livrer à la masturbation.

Le *service des bains et douches* (plan n^{os} 97-98) comprend ; 1° une salle de bains avec douze baignoires émaillées; l'arrivée de l'eau se fait par le fond de la baignoire ; elle est commandée par une clef maniée en dehors de la baignoire par le baigneur. Pas de robinets à la disposition des enfants, on évite ainsi des brûlures possibles ; 2° une salle de douches, précédée d'un déshabilloir garni de bancs et de porte-manteaux, et pourvue des prin-

cipaux appareils modernes. En son milieu, la tribune du doucheur, qui a sous la main les robinets d'eau chaude et d'eau froide actionnant les différents appareils. Les douches peuvent être données : froides, *en jet*, avec ou sans pluie; *en pluie :* chaudes, froides ; *en cercle :* chaudes, froides ou écossaises. Un fauteuil bain de siège comprend 1° *une douche lombaire* ; 2° *une douche en ceinture*; 3° *une douche périnéale*; 4° *une douche anale*; 5° *une douche vaginale* (ces deux dernières en jet). Enfin une pendule à secondes complète l'installation.

Un calorifère, en sous-sol, chauffant nuit et jour, permet de donner des douches chaudes matin et soir. L'étuve au linge est chauffée par le tuyau de fumée du fourneau de l'office voisin.

Le plancher en ciment et en pente emmène directement les eaux à l'égout, il est recouvert de claies en bois.

Le traitement hydrothérapique est pratiqué sur la presque totalité des petits malades ; il est donné environ 60,000 douches par an.

Nous croyons bien faire en indiquant ici le procédé adopté par le Dr Bourneville. Nous avons pu remarquer en effet que dans les établissements ordinaires les douches sont rarement données convenablement et, c'est à ce manque de méthode, que l'on doit rapporter le peu d'enthousiasme suscité en France, par l'hydrothéraphie.

Les malades du service, à moins d'indications spéciales de douches locales, sont toujours soumis à la douche froide, en jet brisé, avec ou sans pluie, celle-ci au gré du malade. L'eau doit être à une pression d'environ 15 mètres.

L'enfant entre de lui-même sous la pluie (1), présentant le dos au doucheur et reçoit alors, *sans arrêt*, le jet brisé, depuis les talons jusqu'à la nuque, puis de la nuque jusqu'aux talons, mais cette fois, un peu plus lentement, par petites secousses, en insistant plus particulièrement au niveau des omoplates, des

(1) Au début, les petits malades sont parfois un peu rebelles et cherchent à s'échapper, on les fait maintenir alors par leurs propres camarades et l'émulation et l'imitation aidant, ils s'habituent très vite, et viennent ensuite eux-mêmes se soumettre aux différents mouvements.

reins et des mollets. L'enfant se tourne alors et présente son côté droit, le bras levé ; le jet repart des pieds au creux de l'aisselle et redescend progressivement, l'enfant se présente ensuite de face, le jet remonte au niveau du menton (cette fois on évitera de frapper trop brusquement les seins des jeunes filles, les organes génitaux des garçons et le creux hypogastrique); la face latérale gauche est ensuite douchée de la même façon que la droite, on cesse alors la pluie, si elle a été donnée, et on termine une seconde fois par le dos ; le jet plein, se brisant sur les pieds réunis du malade retourné, active la réaction. *Toutes ces manœuvres ne doivent durer qu'un maximum de 30 à 40 secondes.*

Le service du *traitement du gâtisme* (plan n° 89) comprend : 1° un long siège percé de trous, recouvrant une auge en ciment aux extrémités de laquelle l'eau arrive en abondance. Le fond de l'auge s'incline en pente, de ses extrémités vers le centre, où se trouve une soupape fonctionnant par l'intermédiaire d'un levier ; en appuyant sur ce levier la soupape se lève en même temps que l'eau se précipite chassant les excréments dans l'ouverture qui communique avec l'égout. En outre trois bidets, deux bains de siège et une baignoire pourvus d'un double alimentateur d'eau chaude et d'eau froide servent au nettoyage des enfants. L'installation est complétée par deux lavabos avec chacun cinq cuvettes et deux armoires pour les serviettes, celles-ci sont supportées par des baguettes numérotées ; le panneau de devant est en grillage métallique pour la libre circulation de l'air et le séchage plus rapide. Au-dessus des armoires existe une double rangée de tiroirs pour les instruments de toilette.

Dès leur sortie du réfectoire, les enfants idiots se rendent, suivant l'état de la température, soit dans la cour, soit dans une salle contiguë au service de propreté, et sont appelés par séries. Les idiots améliorés vont aux cabinets de la cour, les gâteux sont placés par groupes sur les sièges de l'auge en ciment. Grâce à la régularité de ces soins hygiéniques, chaque année un certain nombre d'enfants sont guéris du gâtisme. Nous verrons plus loin les résultats économiques de semblables soins.

Le pavillon des écoles (plan nos 91-96) est, comme le bâtiment des réfectoires, affecté partie à la grande école, partie à la petite. Cette dernière comprend : 1° une salle de jeux destinée à l'éducation de la main et de l'œil; 2° une classe de petite gymnastique destinée à l'éducation de la main et du système musculaire ; 3° une classe de leçons de choses ; 4° une classe pour les notions de lecture, d'écriture, de calcul. Les classes sont séparées par des cloisons vitrées à mi-hauteur, ce qui permet une large circulation de l'air. Les cloisons servent d'appui à deux petites cabines vitrées (plan n° 84) pourvues d'un lit sur lequel on dépose les enfants qui viennent d'avoir une crise nerveuse.

La grande école comprend quatre classes auxquelles sont annexées deux petites salles garnies de vitrines, de casiers et de bibliothèques, où sont rangés tous les objets et livres qui servent à l'enseignement.

Sur le prolongement du pavillon des écoles, de l'autre côté de la galerie centrale, on laisse à droite le *pavillon des musées* (plan n° 109) ; le premier, le *musée scolaire*, renferme le matériel scolaire, les collections d'histoire naturelle, la bibliothèque récréative, les instruments de la fanfare, etc. De plus la salle est aménagée pour les projections. La seconde pièce, identique, est réservée au *musée anatomo-pathologique*. Ces deux salles sont largement éclairées du côté nord-ouest, et sur le mur faisant face à l'éclairage, une petite galerie à mi-hauteur a permis d'augmenter le nombre des vitrines des deux musées. Au delà du musée anatomo-pathologique, une grande salle sert de laboratoire.

Si l'on suit la galerie centrale, on laisse à droite et à gauche les *pavillons des dortoirs*. Chaque pavillon se compose de deux dortoirs de vingt lits chacun, séparés par des fenêtres. Entre chaque dortoir, une pièce comprenant deux lavabos de cinq cuvettes, avec armoires pour les serviettes et tiroirs pour les peignes et brosses, et pour chaque dortoir des cabinets d'aisances à l'anglaise. Enfin à l'entrée des dortoirs, on a installé, en les séparant par des cloisons à mi-hauteur, le lit de l'infir-

mier ou de l'infirmière de jour, celui de l'infirmier ou de l'infirmière de nuit.

Ces installations très simples, qui ne nuisent en rien à l'hygiène de la salle, ont le grand avantage de donner aux infirmiers et aux infirmières de véritables chambres, tout en les laissant à la proximité immédiate des enfants en cas d'accidents.

A l'extrémité de la galerie on remarque, à droite, un bâtiment destiné aux enfants *idiots* gâteux et invalides. C'est en quelque sorte l'*hospice* de la section. Il offre un rez-de-chaussée et un étage disposés sur le même plan. Chaque étage comprend deux dortoirs avec leurs annexes. La partie centrale se compose d'une salle de réunion, munie d'une cheminée à large foyer, et où on apprend aux enfants à se tenir debout, à marcher et, à l'occasion, les lettres et les chiffres ; de réfectoires avec lavabos, où l'on apprend aux enfants à manger et à se laver ; d'un office et d'un petit service de propreté sur le modèle habituel.

Chacun des dortoirs comprend vingt-quatre lits de malades et d'infirmières ; le sol est carrelé pour rendre le nettoyage plus facile, et des prises d'eau placées au centre permettent un lavage abondant. L'aération est parfaite grâce aux parties basses des fenêtres, qui au lieu d'être en maçonnerie ont été remplacées par des panneaux en bois mobiles. Enfin les fenêtres du côté ouest s'ouvrent de plain-pied sur des galeries où l'on peut facilement placer les enfants. Grâce à l'ensemble de ces dispositions hygiéniques, on a pu supprimer dans ces salles de gâteux la puanteur qui transformait l'ancienne infirmerie en un véritable dépotoir.

La galerie centrale se termine au rez-de-chaussée par l'*hôpital* de la section, c'est-à-dire l'infirmerie, où sont soignés les enfants qui se blessent ou sont atteints d'une maladie intercurrente quelconque. Cette *infirmerie* (plan n° 105) comprend : 1° une partie centrale (entrées, office, cabinets d'aisances, lavabos, baignoire, *réfectoire* pour les convalescents (ce qui évite aux malades valides l'ennui de manger sur leur table de nuit ou sur leur lit), cabinet pour le médecin, et petite pharmacie courante ; 2° deux salles de douze lits chacune avec deux

chambres d'isolement pour les *malades atteints de délire*, les moribonds que l'on soustrait ainsi aux yeux de leurs petits camarades, ou ceux menacés d'affections suspectes, et deux chambres pour les infirmières.

Etant donné la déclivité prononcée du terrain, presque tous les bâtiments offrent un sous-sol qui a été utilisé. L'un d'eux sert de cabinet pour le médecin, avec une vaste salle d'examen ; un autre sert de magasin d'habillement, enfin un troisième a été spécialement aménagé pour les incurables.

A l'extrémité nord-ouest de la section est situé le *pavillon d'isolement* (plan n° 107) pour les maladies contagieuses ; il est complètement isolé des autres pavillons, et forme avec l'infirmerie et le pavillon des cellules, l'*hôpital* de la section. Les deux moitiés du pavillon sont séparées en avant par l'escalier d'accès et le cabinet de la surveillante, en arrière par l'office-cuisine. Chaque moitié comprend d'une part une salle de six lits sur le côté ouest et, sur le côté nord, trois chambres à un lit. Les chambres sont séparées des salles par un grand couloir. En vue de permettre la surveillance la plus parfaite, toutes les cloisons de distribution sont en vitrage, de telle sorte que, de son cabinet, la surveillante peut voir ce qui se passe dans toutes les dépendances de son service. Le chauffage des salles et des chambres est assuré à l'aide de deux calorifères jumeaux construits en sous-sol, afin de ne chauffer qu'une moitié du service, si le nombre des malades n'exige pas davantage. On peut voir avec quel soin toutes les économies possibles ont été prévues par le créateur du service.

Il est inutile d'insister sur les cabinets d'aisances, les cabinets à linge sale, le cube d'air, la ventilation et le chauffage, tous ces détails importants ont été extrêmement soignés, et il serait à souhaiter que tous les établissements de l'Assistance publique soient conçus et édifiés comme le service des enfants idiots de Bicêtre.

Derrière l'infirmerie et le pavillon d'isolement, s'élève le *bâtiment des cellules* (plan n° 108) ; un peu exhaussé au-dessus du sol, il est précédé d'une cour, en demi-cercle, dont la clô-

ture se compose d'un grillage en fil de fer à grosses mailles, recourbé à sa partie supérieure, de manière à empêcher les enfants de la franchir. Des arbustes et des plantes grimpantes, lierre, vigne-vierge, chèvrefeuille empêchent la vue du dehors ; en même temps ces plantes égaient les petits malades isolés ou punis, tout en supprimant l'odieux des murs nus d'une prison. Au centre se trouvent : 1° l'office ; 2° une salle de bains ; 3° les water-closets. De chaque côté de ce petit service central, il y a quatre cellules et une chambre d'infirmier. Les fenêtres placées à un mètre environ au-dessus du sol sont protégées par un grillage intérieur et munies à l'extérieur d'un volet plein, permettant à volonté la suppression de la lumière ; les angles situés de chaque côté de la porte ont été arrondis de façon à empêcher les enfants de se dissimuler dans ces deux angles. Les murs sont crépis avec du ciment gris jusqu'à une hauteur de 2 m. 20, pour éviter les inscriptions habituelles des malades.

Le chauffage se fait par des bouches de chaleur, élevées de telle sorte que les enfants ne puissent les obstruer ; elles proviennent de quatre poêles, qui s'entretiennent par le couloir extérieur. La porte de chaque cellule est en chêne, avec une forte serrure encastrée, sans saillie ; la serrure forte permet ainsi de supprimer les verrous extérieurs et enlève à la porte l'aspect des portes de prison. La surveillance se fait au moyen d'une glace de 0 m. 02 d'épaisseur et de 0 m. 05 de diamètre, encastrée dans une garniture de cuivre et munie d'un obturateur à coulisse, en cuivre ; pour la surveillance de nuit au-dessus de la porte, une imposte vitrée, garnie d'une trappe en tôle jouant à l'aide d'une corde, permet, quand cette trappe est levée, d'éclairer l'intérieur de la cellule par un bec de gaz placé devant la vitre.

Quatre cellules sont munies de sièges d'aisances renfermant un vase dont l'enlèvement se fait par le couloir ; les sièges sont entièrement en bois, ils sont placés dans l'un des angles, du côté de la porte et voûté de telle sorte que les enfants ne puissent monter dessus. Les vases ont un diamètre tel, qu'on ne puisse le retirer de l'intérieur de la cellule.

Trois cellules diffèrent des autres : deux destinées aux malades agités et furieux sont, l'une capitonnée sur toutes ses faces, y compris les portes (cette cellule a une seconde porte d'accès destinée à surprendre le malade agité qu'il serait dangereux d'aborder de face), la seconde a ses parois en linoléum, formant une sorte de capitonnage. La fenêtre est située à 2 m. 20, c'est-à-dire hors de l'atteinte des malades. La troisième cellule, peinte entièrement en ton bleu cobalt, est destinée à des essais de traitement de certains cas d'aliénation mentale. On peut, grâce à des volets extérieurs, plonger ces cellules dans l'obscurité la plus complète. Le coucher consiste en paille ou en paillasse pour les agités, pour les autres, en une caisse de bois, à l'intérieur de laquelle on met une paillasse.

Entre les différents pavillons, l'infirmerie, l'isolement et les cellules, tous les espaces libres ont été utilisés d'une manière complète au point de vue de l'enseignement. Entre les classes et le premier pavillon de dortoirs, du côté sud : le *jardin géométrique*, planté d'arbustes verts, taillés en cônes, pyramides, cubes, sphères, etc. ; du côté nord : une *houblonnière* et une *vigne*. Entre le premier et le second pavillon de dortoirs, du côté sud : le *jardin des surfaces*, où des bordures de buis circonscrivent des pelouses ou des jardinets, représentant le triangle, le carré, le rectangle, le losange, etc.; et du côté nord : le *champ des plantes fourragères*. Entre le deuxième et le troisième pavillon, du côté sud : le *jardin fleuriste* ; du côté nord : le *champ des céréales* ; entre le troisième et le quatrième, du côté sud : le *jardin potager* ; du côté nord : le *verger normand*.

Entre le quatrième pavillon et l'angle sud de l'infirmerie, l'espace plus grand a permis d'aménager un *bois* planté de vingt et une espèces différentes d'arbres, et devant l'infirmerie un préau de frênes pleureurs pour les convalescents.

Entre le pavillon d'isolement et les cellules, existe une *sapinière*, plantée de diverses espèces de conifères.

Il y a plusieurs spécimens de chaque espèce de fleur, arbuste ou arbre. Un seul est étiqueté, les autres non, ce qui permet

de mieux se rendre compte des résultats de l'enseignement fait sur place aux enfants.

*
* *

Au moment où M. le Dr Bourneville, atteint par la limite d'âge, se voyait forcé d'abandonner son service (décembre 1905), il y avait 438 enfants d'hospitalisés à la section. Vingt-cinq années auparavant, parlant des enfants de Bicêtre, Maxime du Camp écrivait :

Le quartier des idiots à Bicêtre est une hideuse renfermerie, isolée tant bien que mal dans d'anciens bâtiments trop étroits... (1).

Deux ans plus tard, M. d'Haussonville déclarait que : « le quartier des enfants idiots de Bicêtre constituait un spécimen déplorable de notre ancienne assistance hospitalière, qu'il faisait véritablement peu d'honneur à la Charité publique » et il en demandait la suppression.

Le Dr Bourneville laissait, au contraire, à ses successeurs, comme le déclarait M. Rousselle, président de la Commission d'assistance au Conseil général,

Des services qui sont un modèle d'aménagement et d'organisation. Un traitement naturel et nouveau, qui commence par de simples mouvements, et finit par l'école et l'atelier, éveille et redresse peu à peu ces corps et ces intelligences infirmes, leur donne graduellement tout le développement dont ils sont susceptibles et parvient à les rendre quelquefois utiles et toujours moins à charge à la société et à eux-mêmes.

*
* *

Examinons maintenant les principales bases du traitement médico-pédagogique tel qu'il a été institué à Bicêtre et qu'il fonctionne actuellement à la Fondation Vallée.

(1) Maxime du Camp. Paris, t. IV, p. 367, 4e édit.

CHAPITRE III

LA MÉTHODE DU Dr BOURNEVILLE ET LES RÉSULTATS OBTENUS

L'*enseignement médico-pédagogique* tel qu'il a été institué à Bicêtre et qu'il est actuellement appliqué à la Fondation Vallée dans le service du Dr Bourneville comprend à peu près toutes les méthodes et tous les procédés de Séguin, complétés et plus perfectionnés dans le sens médical.

D'après M. Bourneville, plus tôt le traitement sera institué, plus il y aura de chances de réussite ; il doit commencer dès que sont constatés les premiers signes de l'idiotie. Certes, à première vue, il n'est guère possible de classer dès le début les enfants en curables et en incurables. Tel, dont la physionomie et l'apparence physique semblaient devoir donner de prompts résultats, était beaucoup plus long à éduquer qu'un autre dont l'aspect était plutôt défavorable ; c'est ce qu'établissait le Dr Bourneville dans le rapport présenté en 1905 à la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine. On doit donc espérer que les efforts tentés ne seront pas vains, sauf bien entendu le cas où un certain âge est atteint : on ne dresse pas un vieux cheval, on ne dirige pas un vieil arbre, on ne palisse pas une vieille vigne.

Les organes, en effet, sont d'autant plus flexibles, et l'imitation d'autant moins difficile que l'enfant est plus jeune. Afin de bien montrer les différentes applications du traitement pédagogique, nous supposerons un idiot complet, être purement végétatif, ne sachant ni marcher, ni se servir de ses membres, gâteux et dépourvu d'attention et de parole. Le petit corps inerte sera

soumis à des exercices de flexion et d'extension alternatives de ses différentes jointures, en même temps on masse doucement les muscles, et les membres sont l'objet de frictions stimulantes. L'enfant après chaque séance est placé sur la *balançoire-tremplin* (fig. 1). C'est une sorte de fauteuil-balançoire sous le siège de laquelle, une planche mobile s'avance de telle sorte que seuls dépassent les talons du malade, les jambes allongées. L'appareil étant mis en mouvement, la plante des pieds va frapper contre une planche verticale formant tremplin. Cet exercice éveille chez l'enfant la première sensation de contact avec le monde extérieur; en outre il donne de la souplesse et de l'élasticité aux membres inférieurs; l'enfant s'habitue rapidement à la balançoire, et semble y prendre un certain plaisir. Au bout de peu de temps, le petit malade peut être exercé à se tenir debout; à cet effet on le place dans des *barres parallèles* doubles, les barres supérieures affleurant au niveau des aisselles, et ainsi soutenu il essaie ses premiers pas (fig. 2).

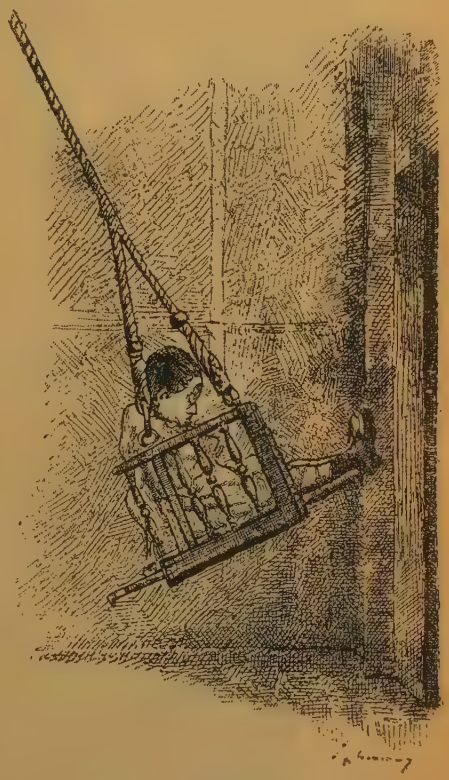


Fig. 1. — Balançoire-tremplin.

Puis pour régulariser ses pas, l'enfant est ensuite habitué à la marche sur l'*échelle plate*. C'est une échelle appliquée sur le sol et dont les montants et les échelons sont remplacés par des planches de 0 m. 15 à 0 m. 20 de largeur.

D'autres appareils différents sont appelés à perfectionner les

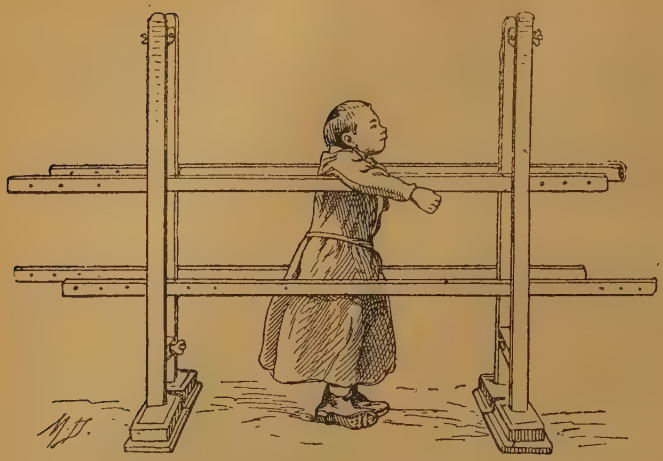


Fig. 2. — Barres parallèles.

Fig. 3. — Chariot.

FIG. 4. — Rouloir.

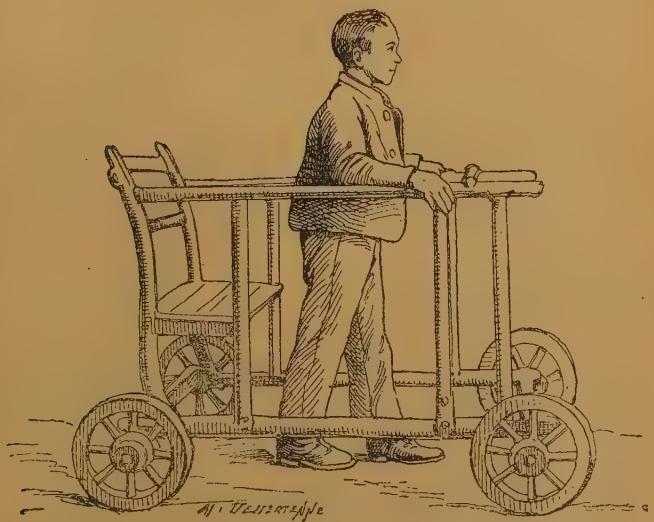


FIG. 5. — Chariot.

premiers résultats. Ce sont des *chariots* de plusieurs modèles soutenant le malade au niveau des aisselles comme dans la figure 4, ou encore le *rouloir*, appliqué pour la première fois en 1906, à la Fondation Vallée (1).

Fig. 6. — Escabeau.

D'autres chariots pour les enfants plus valides leur permettent une plus grande liberté (fig. 5).

On enseigne enfin à ceux qui ont fait de sensibles progrès dans la marche, la montée et la descente de l'escalier, au moyen d'un petit *escalier double* portatif et le saut au moyen de l'escabeau (fig. 6).

Dès qu'un enfant marche sans aide, il est envoyé à la petite

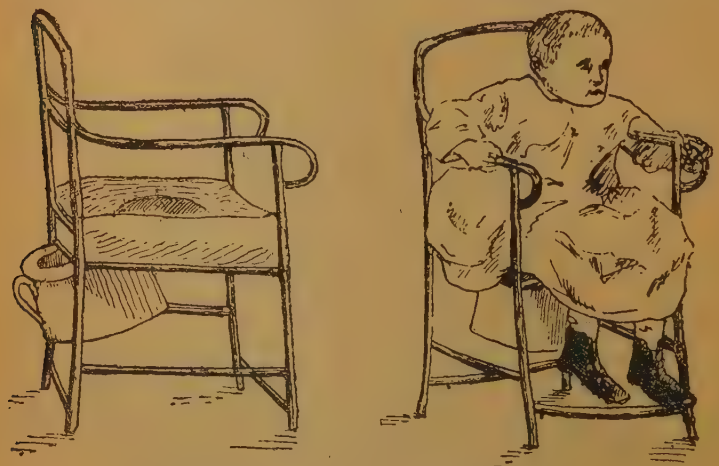


Fig. 7 et 8. — Fauteuils de gâteux.

(1) Le *rouloir* avait été remarqué dans le Berry, en usage chez les paysans par M. Bourneville, qui demanda à M. le Dr Truelle, médecin-

école, pendant une heure ou deux le matin et plus tard toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent.

Ces enfants sont, en grande majorité, encore gâteux et sont placés sur de petits fauteuils imaginés par le Dr Bourneville. Ce sont de petits sièges en tubes de fer pleins, pour éviter que l'enfant puisse se renverser en se balançant ; ces sièges sont recouverts d'un coussin largement percé au-dessous duquel est fixé un vase en porcelaine qui peut être facilement lavé (fig.7,8). Sans compter le bien-être des enfants, il y a en outre une très notable économie de linge, réalisée au profit de l'administration, car avant cette amélioration les enfants étaient assis sur des alèzes ; on peut juger de la quantité de linge souillé dans une seule journée ! (1).

Après l'*éducation de la marche*, vient l'*éducation de la main*. L'enfant idiot ne sait pas opposer instinctivement le pouce aux autres doigts, et, de ce fait, il laisse échapper les objets qu'on veut lui faire saisir. Parmi les moyens employés, d'excellents résultats ont été fournis par les *exercices des échelles*, de la gymnastique Pichery. On fait saisir un échelon de chaque main en ayant soin de maintenir le pouce en dessous, car l'enfant applique *tous* ses doigts sur la partie supérieure de l'échelon. Le moniteur maintient, avec ses mains, les mains de l'enfant et lui fait exécuter différents mouvements: *en position* et *debout* (fig. 10), *assis* (fig. 9), *en avant* (fig. 11), *en arrière* (fig. 12). Outre que cette gymnastique sert à l'éducation de la main, elle enseigne au malade un certain nombre de notions : assis, debout,

directeur de la colonie de Dun-sur-Auron, les différentes mesures, et fit construire par les ateliers des enfants de Bicêtre, plusieurs rouloirs qui sont actuellement en service à la Fondation Vallée et donnent d'excellents résultats.

(1) Le Dr Bourneville a imaginé de faire relever, par l'une des surveillantes du service, le nombre des enfants ayant déféqué au siège, *après le repas*, c'est-à-dire, pendant les heures d'application du traitement du gâtisme, durant les cinq premiers jours de chaque mois. On arrive ainsi dans la seule année 1903 à un total de 7.000 chemises dont le blanchissage a été économisé, sans compter les économies réalisées au dortoir, la nuit pour les chemises et les draps, par le même procédé.

en avant, en arrière, en position. Ces mots répétés d'ailleurs par le moniteur et par l'enfant servent ainsi à l'*éducation de la*

Fig. 9. — Assis.

Fig. 10. — Debout.

Fig. 11. — En avant.

Fig. 12. — En arrière.

parole. Ils complètent l'éducation de la marche et augmentent la force musculaire.

D'autres exercices moins élémentaires, avec mouvements

FIG. 13.

d'extension du corps en avant et en arrière sont réservés aux enfants moins arriérés.

Parallèlement l'enfant est exercé à tenir des bâtonnets de

10 centimètres de longueur et de grosseur variable, des planchettes de différentes épaisseurs, ou des boules de 4, 3, 2, 1 centimètres de diamètre, de façon à exercer tous les muscles des doigts et de la main en même temps que les jointures des doigts (fig. 13).

Déjà les exercices précédents ont rendu la main plus habile et l'ont préparée à acquérir des notions plus délicates. C'est maintenant l'*éducation du sens du toucher*. On débutera en

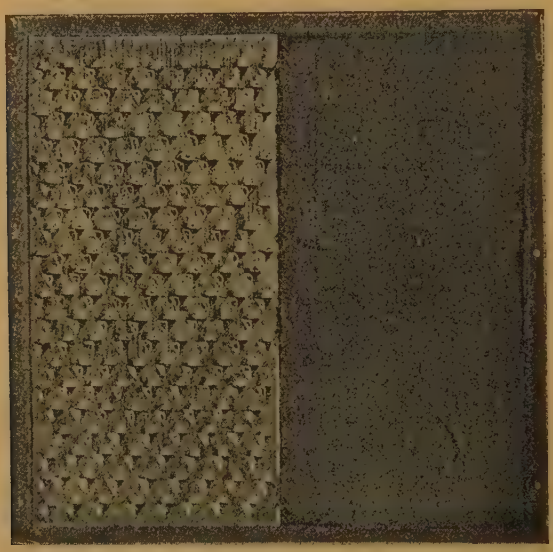


Fig. 14.

plongeant successivement la main de l'enfant, dans l'eau chaude, puis dans l'eau froide ; on fera passer successivement la pulpe de ses doigts sur une surface rugueuse, comme une râpe métallique, puis sur une surface très douce comme un morceau de velours (fig. 14), et quand l'enfant saura distinguer ces premières sensations, on lui fera toucher des surfaces intermédiaires (drap, soie, bois poli, etc.). Ensuite on fera toucher différentes étoffes, et avec la notion du toucher débute déjà la notion de couleur. A cet effet on a collectionné en un *cahier des étoffes* la plupart des différents tissus d'usage habituel.

Lorsque les enfants ont été soumis à ces différents exercices, on recourt aux suivants qui perfectionnent le *sens du toucher*

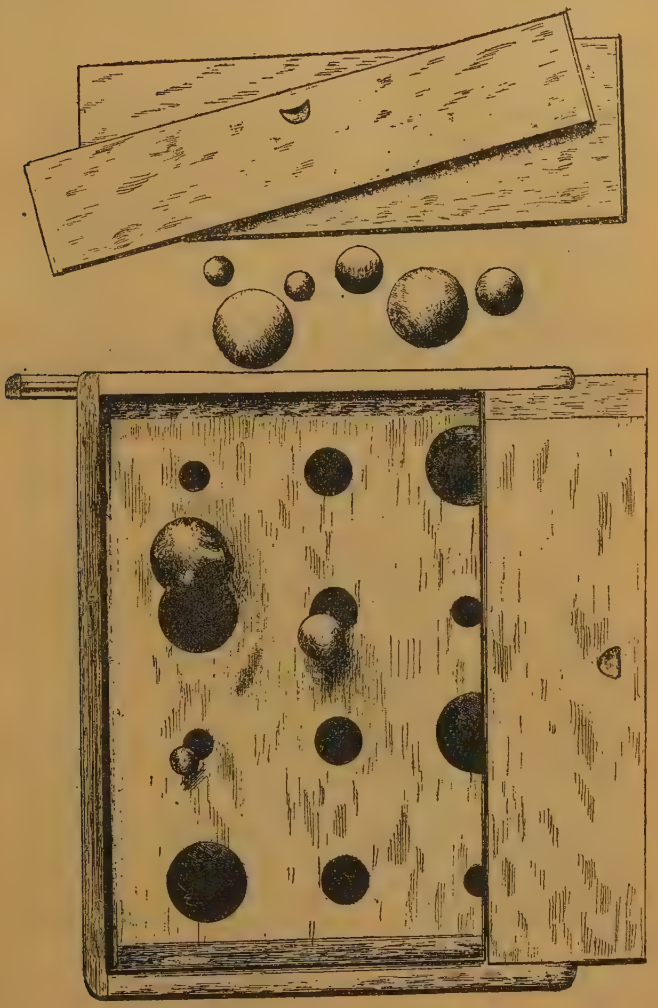


Fig. 15. — Boite à trous.

et contribuent à l'éducation du sens de la vue, par suite de l'attention en général.

1° La *boîte à trous* (fig. 15) est un petit appareil, ayant pour but d'apprendre à l'idiot à reconnaître deux grandeurs semblables, mais d'aspect différent, dans l'espèce des *boules* et des

trous de même diamètre. Le couvercle de la boîte fait de trois planchettes indépendantes, permet de présenter à l'attention de l'enfant soit des trous de même grandeur, soit des trous de grandeur extrême, soit des trous de trois grandeurs différentes. Le petit

Fig. 16. — Cône à chevilles.

malade est exercé à faire passer par ces trous des boules du diamètre correspondant.

Ainsi se trouvent éduqués en même temps le *sens de la vue*, la *main* et l'*attention*.

Le *cône à chevilles* (fig. 16) et le *prisme à chevilles* (fig. 17) sont à peu près identiques, mais alors que dans le cône l'enfant

est obligé de tenir du *bout des doigts* les chevilles à fixer, dans

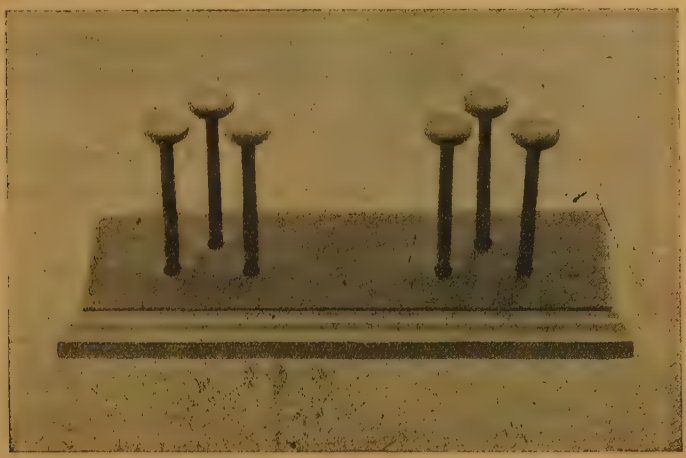


Fig. 17. — Prisme à chevilles.

le prisme il est habitué à tenir le bâtonnet comme un crayon ou un porte-plume et à le diriger ainsi vers un endroit donné. De

Fig. 18.

plus les boutons des chevilles sont colorés et celles-ci doivent

respectivement dans des trous entourés de couleur correspondante. L'*éducation de la vue* tire donc un certain profit de cet exercice.

Fig. 19.

On exerce également au moyen de clochettes, de timbres différents le sens de l'*ouïe* ; pour l'*odorat* on emploie la boîte à odeurs agréables ou désagréables ; pour le *goût* des substances sucrées, salées, etc.

Pour préparer l'enfant à savoir se déshabiller et s'habiller, on lui apprend tout d'abord à *boutonner*, à l'aide de deux pièces de drap, l'une percée de boutonnières, l'autre munie de boutons (fig. 18). On commence par de gros boutons, et l'on finit par de plus petits.

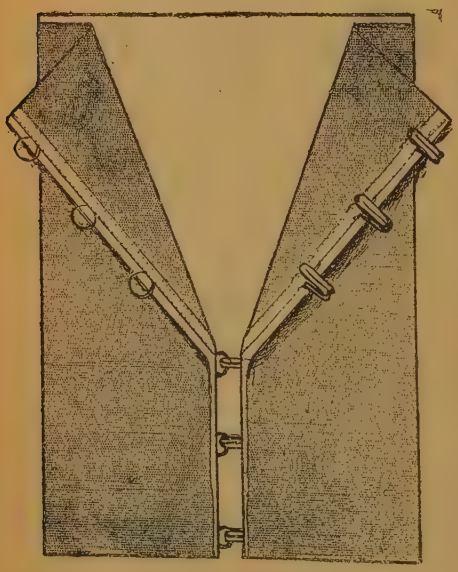


Fig. 20.

Pour *lacer*, on se servira d'un soulier à larges œillets, entourés alternativement de rouge et de bleu, dans lesquels l'enfant fait passer des rubans également rouges et bleus (fig. 19). On a un jeu de souliers à œillets différents.

Un petit appareil élastique (fig. 20) est destiné à apprendre aux enfants à *agrafer*. Une petite planchette rem-

bourrée, à laquelle sont attachés des rubans de plusieurs couleurs, servira à apprendre à *nouer*.

Enfin on leur apprendra à enfiler des boules percées d'un trou dans un bâton muni d'un manche (fig. 21 a), puis des cordes de grosseurs différentes dans des aiguilles (fig. 21 b, c) de moins en moins grosses pour arriver au passe-lacet et enfin à l'aiguille ordinaire.

Ces différentes notions d'habillement acquises, l'enfant est

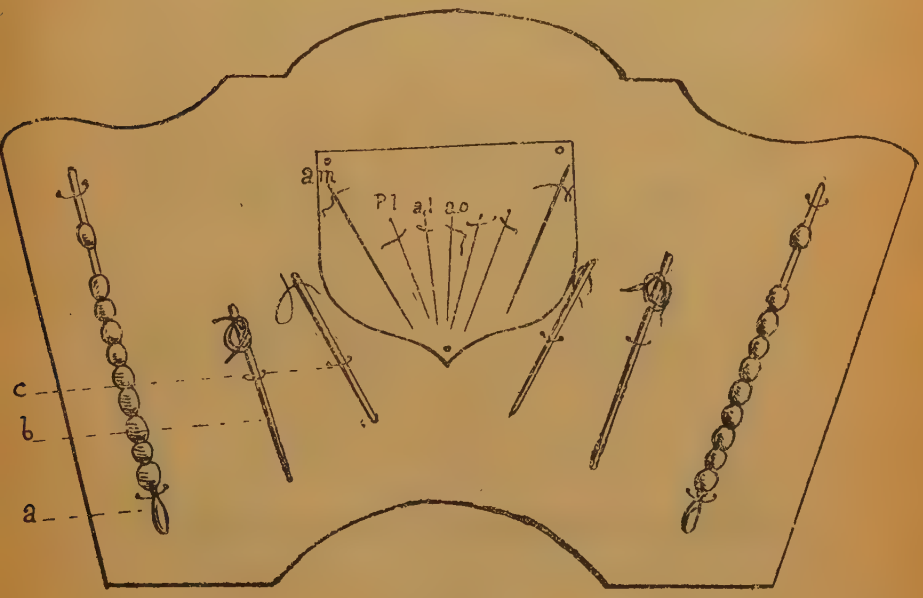


FIG. 21.

alors placé en face du *mannequin*, l'habille, le déshabille, et peut au bout d'un certain temps être capable de s'habiller et de se déshabiller lui-même, n'a plus besoin d'aide et peut au contraire venir en aide le matin et le soir à de petits compagnons moins avancés que lui.

Ces différents exercices sont complétés par divers autres inspirés par les circonstances et les enfants sont exercés à acquérir la *notion du poids* à l'aide des boules de même diamètre mais de poids très différents, en commençant par le poids le plus lourd (sphère en cuivre) et le plus léger (balle de son) et en

être placées ne se servant des boules intermédiaires que lorsque la différence de poids des deux boules extrêmes est bien acquise.

Simultanément on apprend au malade, au réfectoire, à se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau.

A ce moment l'idiot complet est un être moins encombrant puisqu'il marche, qu'il sait se servir de ses mains, et qu'il est propre ; il nécessite une moins grande quantité de soins, et coûte moins cher. Il est alors préparé à recevoir utilement les

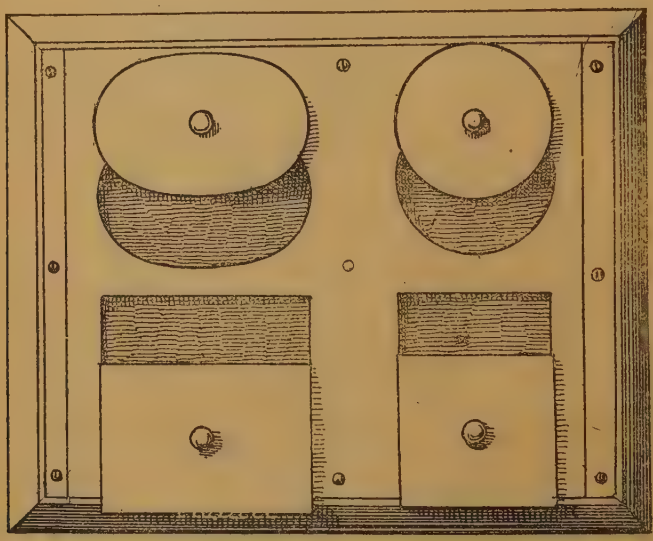


Fig. 22.

notions d'*instruction* élémentaire, que nous allons passer en revue.

1° *Notion des longueurs.* On se sert des règles d'un mètre, de 90, 80..., 5 centimètres. On présente à l'enfant d'abord la plus longue, ensuite la plus courte, en intercalant successivement toutes les autres.

2° *Surfaces.* On emploie des tableaux dans lesquels des figures en bois sont disposées dans des creux de même forme. La face interne des figures est peinte de différentes couleurs ainsi que les creux correspondants. Le premier tableau contient un carré et un cercle, le second (fig. 22), un carré, un cercle, un

rectangle, une ellipse et ainsi de suite jusqu'à un dernier tableau qui comprend dix figures différentes (fig. 23).

On ne passe au second tableau que quand l'enfant sait bien reconnaître les figures du premier.

On a aussi recours à des figures en bois, que l'enfant place sur des images correspondantes.

3° *Solides.* Des solides en bois de formes et de dimensions différentes (cônes, pyramides, etc.), destinés à être placés en regard de figures imprimées, forcent l'attention de l'enfant et éveillent en lui les premières notions de *volume* et de *plan*.

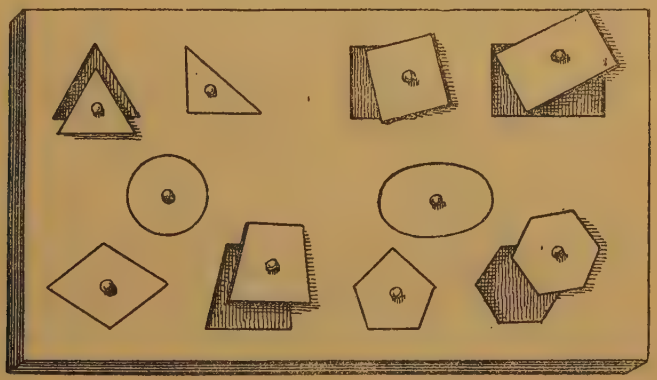


Fig. 23.

4° *Couleurs.* Les couleurs sont enseignées avec le même procédé employé pour les surfaces ; c'est-à-dire des tableaux formés de planchettes rectangulaires coloriées à leur face interne ; le creux est coloré de la même manière. On commence par un tableau, de 2, puis de 4, puis de 8, puis de 12 planchettes.

Plus tard l'enfant est exercé avec un *jeu de dominos*, dans lequel les points sont remplacés par des couleurs (1).

(1) Le *jeu de dominos en couleur* a été imaginé en 1895 par M. le docteur Bourneville qui l'a employé depuis dans son service de Bicêtre et de la Fondation Vallée et à l'Institut médico-pédagogique de Vitry. Il a figuré à l'Exposition internationale de 1900 et à l'Exposition de l'Enfance, au petit Palais, en 1901 ; et cependant ce jeu de dominos porte le nom d'un médecin étranger, qui, après avoir compris l'ingéniosité du procédé, s'en est ensuite laissé attribuer le mérite.

Education de la parole. Parmi les exercices préliminaires, il faut citer : 1° la *planchette à rainure* (fig. 24) pour l'éducation du souffle. (Une petite boule de bois remonte le long de la rainure sous le souffle de l'enfant qui s'habitue ainsi à graduer son souffle) ; 2° la gymnastique des lèvres et de la langue, etc. ; viennent ensuite les exercices d'articulation et les exercices pratiques (1).

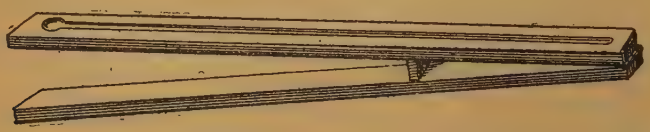


Fig. 24.

On arrive ainsi insensiblement à l'*enseignement scolaire* proprement dit.

Lecture. La lecture commence comme toutes les matières de l'enseignement médico-pédagogique par des exercices préliminaires, consistant à superposer des lettres ou des chiffres en bois, sur leur reproduction imprimée, de façon, sans leur nommer ces signes, à familiariser les jeunes élèves avec les signes eux-mêmes.

Les tableaux employés sont d'œil différent, les consonnes sont peintes en noir, les voyelles en rouge. Il en est de même pour les chiffres, les impairs noirs, les pairs rouges.

On arrive ensuite à la lecture proprement dite qui diffère de celle employée habituellement dans les écoles. En effet, les enfants dont nous nous occupons sont plus ou moins atteints dans leurs facultés intellectuelles, ils ne parlent pas ou parlent mal ; et dès que l'on a réussi à provoquer chez eux un éveil de l'attention, un commencement d'imitation, on doit essayer de leur apprendre en même temps à émettre correctement un son,

(1) On trouvera tous les détails de l'éducation de la parole, dans le travail de MM. le Dr Bourneville et J. Boyer : Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés, paru dans les *Archives de Neurologie*, en 1895, n° 102, p. 108 et dans le *Compte rendu de Bicêtre* de l'année 1903, p. cxxxi.

à articuler convenablement une syllabe et à en reconnaître la

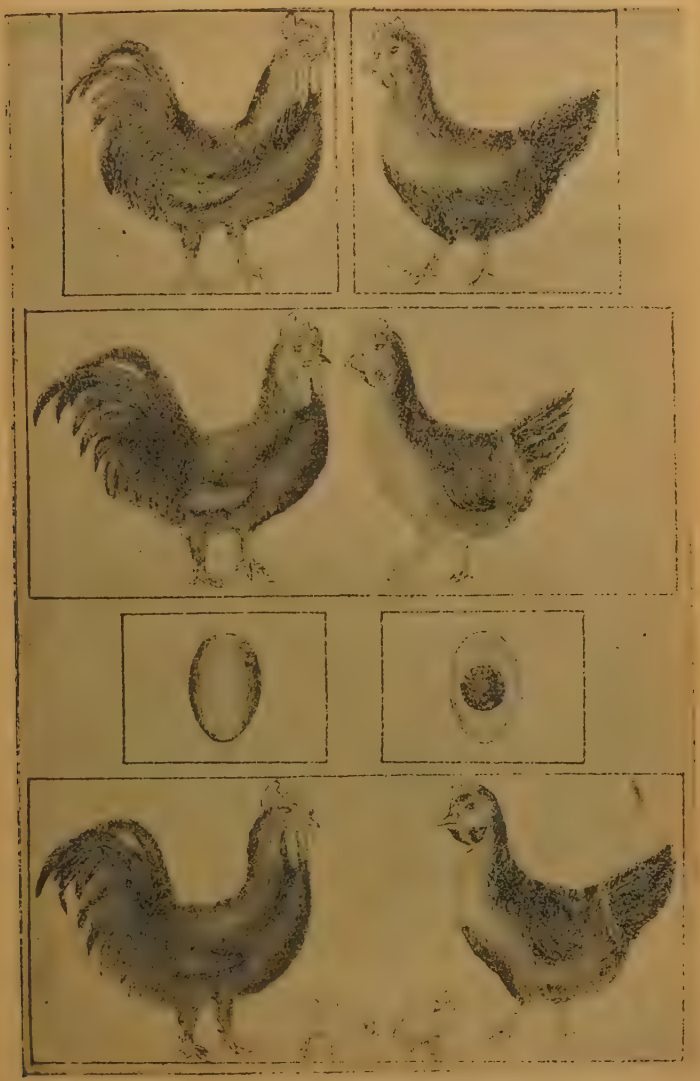


Fig. 25.

représentation écrite ; la mémoire visuelle se trouve ainsi exercée parallèlement à la mémoire auditive (1).

(1) On lira avec avantage la nouvelle méthode spéciale pour l'enseigne-

Pour la lecture, l'*enseignement par les projections* donne d'excellents résultats et peut servir aux enfants de toutes catégories. On fixe l'attention des plus arriérés, en passant tout d'abord des figures géométriques diverses (carré, rectangle, losange, ellipse, etc.), d'abord blanches, ensuite diversement

Fig. 26. — Boîte à champignons.

coloriées. Viennent les lettres : grosses majuscules, petites majuscules, romaines, puis les syllabes (simples, répétées ou combinées). Enfin pour les idiots déjà un peu améliorés, des images gra-

ment de la Lecture à l'usage des enfants arriérés, ou présentant des troubles de la parole, de J. Boyer, Paris, Jacquin, 1901.

duées comme celles dont nous donnons ci-dessus la représentation (1).

Ecriture et dessin. Les exercices préliminaires se font aumoyen du jeu des boutons à tige où boîte à champignons (fig. 26).

Ce jeu consiste en une planche épaisse percée de trous symétriquement espacés. L'enfant est habitué, à placer dans ces trous des espèces de boutons à tige, suivant un ordre donné : en ligne horizontale, en ligne verticale, en ligne oblique, en croix, en carré, en étoile, etc. Comme ces boutons sont de couleurs variées, on peut avec eux constituer toutes sortes de figures, telles qu'un losange rouge inscrit dans un carré bleu,

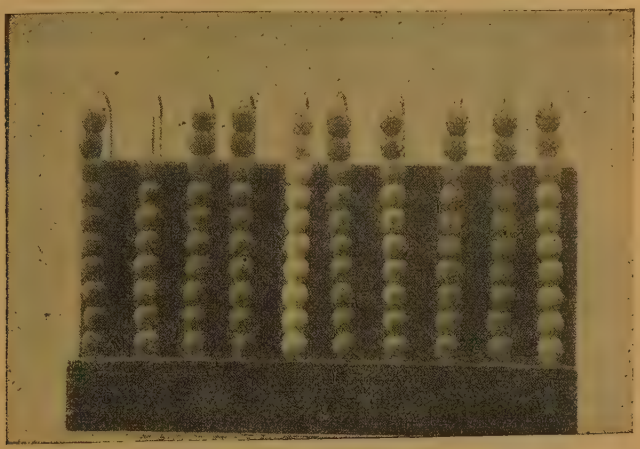


Fig. 27. — Boulier.

une fleur à pétales blancs et à centre jaune, etc. Ces jeux divers exercent à la fois la main et les yeux du malade, qui arrive de lui-même à imaginer de nouveaux dessins.

L'enfant sait alors tenir un crayon (prisme à chevilles), on lui apprend à le diriger, d'abord à l'aide d'une règle à charnières,

(1) On projette le mot *coq* qui est lu à haute voix par les enfants, puis l'*image du coq* ; — ensuite le mot *poule* et l'*image de la poule* ; — en troisième lieu les mots *coq* et *poule* et l'image des deux animaux réunis ; — en quatrième lieu le mot *œuf*, et l'image de l'*œuf entier* et de l'*œuf sectionné*, — enfin les mots *coq*, *poule* et *poussins* et les *animaux réunis*. Une petite leçon est faite en même temps par l'instituteur.

ensuite par des points de repère, 4, 3, 2, lesquels sont à leur tour supprimés.

Pour donner à l'idiot, l'idée de *numération*, on a recours à divers appareils, parmi lesquels le *boulier à tringles verticales* (fig. 27) d'ailleurs fréquemment employé dans les écoles ; et aussi le *casier à bâtonnets* (fig. 29), au moyen duquel l'enfant est habitué à placer dans de petits casiers autant de bâtonnets qu'il y a d'unité dans le nombre inscrit sur chaque casier. Au-

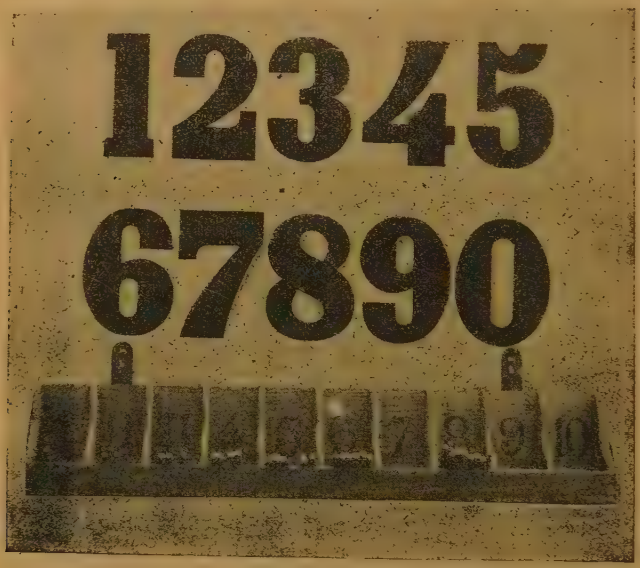


Fig. 28.

dessus, un tableau représente en gros les chiffres, pour mieux frapper l'attention visuelle. Dans chaque classe M. Bourneville a imagé le *tableau du mètre* (fig. 29) qui permet ainsi aux enfants d'avoir constamment sous les yeux la notion de l'unité de longueur ; chaque classe de nos écoles publiques devrait en être pourvue.

Tout ce qui est enseigné à l'école est complété par l'enseignement dans les jardins de la section, le jardin maraîcher de l'hospice, les promenades aux environs ou dans les musées, et les expositions, au Jardin des Plantes, au Jardin d'acclimatation, etc. Dans les jardins scolaires de la section, toutes les

plantes. arbres et arbustes, portent une étiquette. Les enfants, tant que la saison le permet, sont conduits chaque jour dans ces

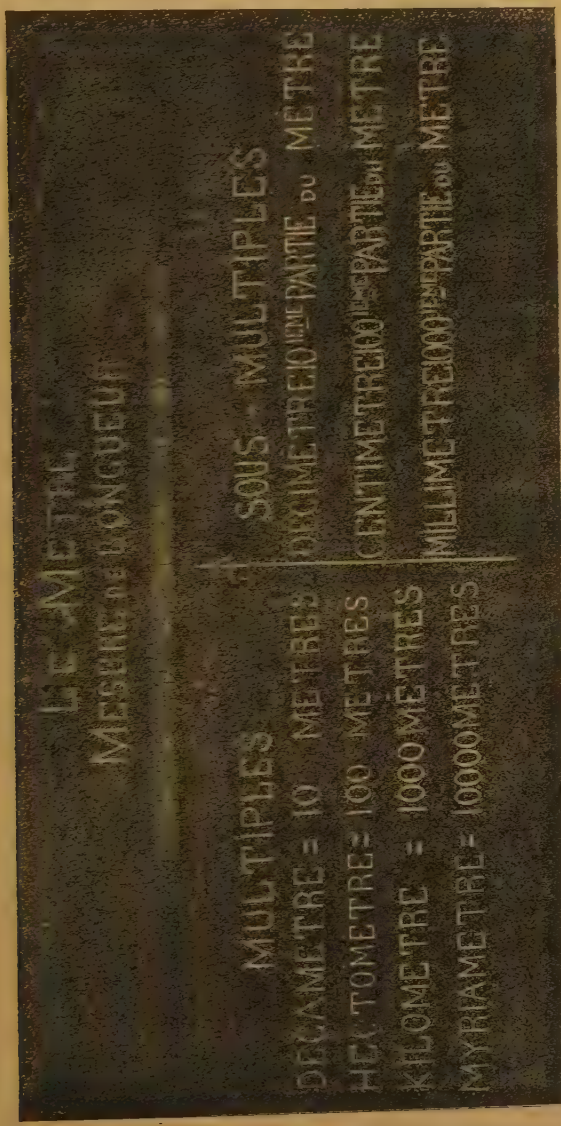


Fig. 29. — Tableau du mètre.

jardins par leurs maîtres et leurs maîtresses ; on leur fait nommer les plantes, lire l'étiquette ; on leur fournit sur place les

explications. Ils assistent à toutes les opérations agricoles ou horticoles depuis le labourage jusqu'à la récolte.

Et ces leçons de choses n'ont pas lieu seulement dans les jardins, mais partout, toutes les fois qu'il y a occasion de manier ou de voir des objets, au réfectoire, au dortoir, en classe, etc.

Nous donnons ci-contre la reproduction d'une photographie d'une leçon de choses faites dans le jardin des surfaces. On em-

Fig. 30. — Tableau roulant.

ploie pour les leçons de choses faites dans les jardins le tableau roulant (fig. 30) qui permet, si l'enfant a une attention et un développement intellectuel suffisants, d'enseigner en même temps que le nom d'une chose quelconque, l'ensemble des signes qui nous servent à la désigner par écrit.

Signalons aussi l'enseignement de la *géographie* qui, par un procédé fort ingénieux, fait partir l'enfant, par le *plan de la section*, de l'endroit même où il se trouve, pour gagner ensuite l'hospice, les communes voisines, le canton, l'arrondissement, le département, etc.

Concurremment à l'écolage, une grande place est réservée à

Fig. 31. — Leçon de choses dans le jardin géométrique.

l'*éducation physique*. En dehors de la *gymnastique* dont les exercices d'ensemble ont lieu tous les matins (fig. 32-35) on

Fig. 32. — Gymnastique.

donne aux enfants des leçons de *danse* (fig. 36) et on leur apprend les premières notions d'*escrime* (fig. 37). Les jeux tels

que boules, quilles, croquet, ballon, sont dirigés par les infirmiers,

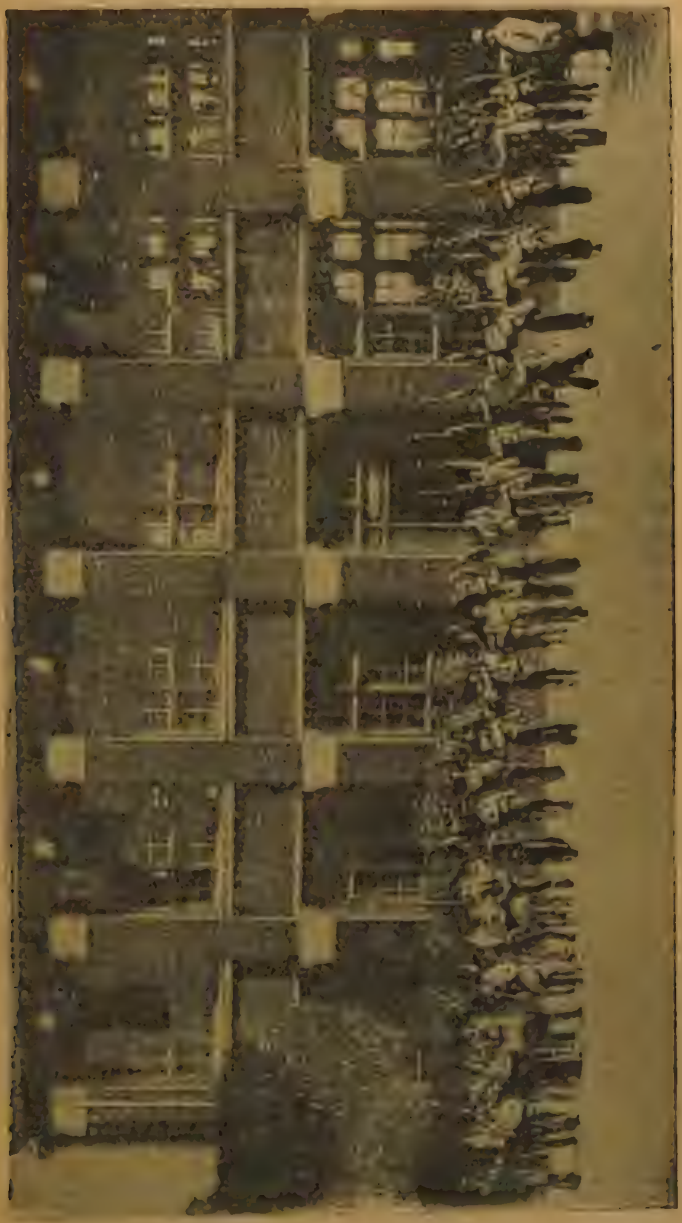


Fig. 33. — Gymnastique.

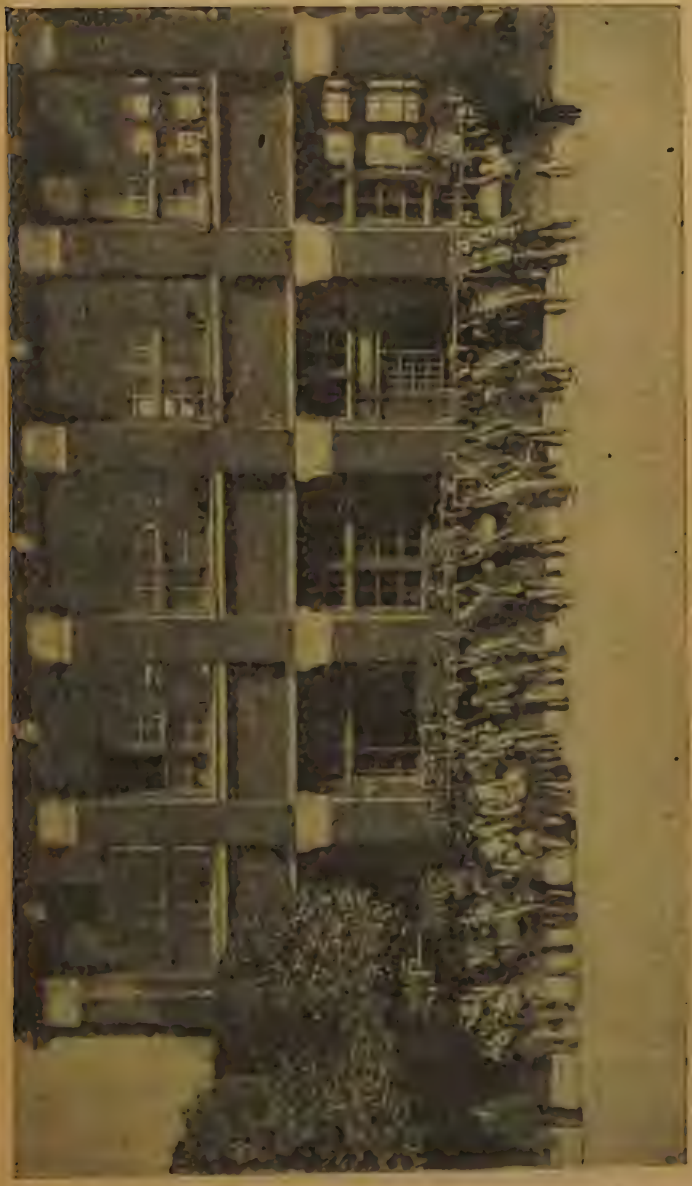
qui veillent à ce que tous les petits malades y prennent part.

Comme on peut le constater, l'enseignement médico-pédagogique est une *leçon de choses* perpétuelle, l'éclage proprement

Fig. 34. — Gymnastique.

dit est restreint à une juste mesure. Les enfants anormaux, en effet, n'apprennent pas dans des livres, aussi doit-on surtout insister sur *l'enseignement professionnel*. Nos *malades sont*

des enfants à guérir bien plus par le travail que par l'instruction.



Les enfants idiots reconnus absolument incurables sont en

beaucoup plus petit nombre qu'on ne croit d'habitude. Si l'on

Fig. 36. — Danse

y ajoute les épileptiques devenus dements et gâteux sous l'influence des acces ou des poussees congestives qui les compli

quent, et les enfants arrivés trop *tardivement*, dont l'incurabilité

Fig. 37. — Ecurie.

ne tarde pas à être reconnue, et qui sont une occasion de trouble et d'encombrement dans les écoles, au détriment des enfants

éducables, on a un groupe spécial de malades ne réclamant plus que des soins hygiéniques. Ils sont traités dans un rez-de-chaussée du service, aménagé de même façon que les salles de propreté.

A côté de l'*écolage*, le traitement médico-pédagogique comporte un *enseignement professionnel*. En 1882, M. Bourneville, dans le *Compte rendu* de la section, constatait que l'*enseignement professionnel* était déplorable.

Beaucoup d'enfants sont en âge d'être mis en apprentissage. Or, dans l'organisation actuelle, nous sommes à peu près dans l'impossibilité de le faire, car il n'y a pas d'ateliers spéciaux pour eux, sauf celui de menuiserie. Or, celui-ci est dirigé par des vieillards plus soucieux de gagner de l'argent en faisant les travaux qu'on leur confie qu'à apprendre leur métier aux enfants. Ils n'ont rien, d'ailleurs, des qualités nécessaires pour un tel enseignement, ne savent pas se faire respecter, ont des querelles incessantes avec leurs élèves qu'ils chassent de l'atelier sans se soucier le moins du monde de ce qu'ils font dehors... Aussi profitent-ils de cette négligence pour se livrer entre eux à des actes obscènes, pour se procurer du tabac, etc.

C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Bourneville réclama un maître spécial pour l'atelier de menuiserie. Il put obtenir satisfaction ; mais ce n'était qu'un premier pas vers de nouvelles améliorations ; il fallait obtenir la construction d'ateliers spécialement réservés aux enfants. Ils furent créés assez rapidement ; à la fin de 1883, trois ateliers fonctionnaient régulièrement, celui de *menuiserie* depuis le 26 avril 1882, ceux de *couture* et de *cordonnerie* depuis le 8 octobre 1883. Un atelier de *serrurerie* fut ouvert le 16 janvier 1884, celui de *vannerie* et de *rempaillage* le 20 octobre 1884, celui de *brosserie* le 26 novembre 1888, enfin l'*imprimerie* commença à fonctionner le 8 juin 1889.

Les enfants sont groupés suivant les aptitudes qui leur sont reconnues, et dans une certaine mesure suivant leurs désirs.

Deux séries travaillent chaque jour dans les différents ateliers, l'une le matin, l'autre le soir. L'enseignement professionnel alterne avec l'éducation scolaire.

Tout l'aménagement et tout le mobilier de la section a été

fabriqué dans les ateliers, qui pourvoient en outre à la multitude des réparations qu'exige un pareil service.

Au bout d'un certain temps, quelques enfants deviennent d'excellents ouvriers, sortent de Bicêtre, et peuvent gagner une vie honorable.

Pour le seul atelier de *menuiserie*, 167 enfants y ont été en apprentissage depuis la fondation (avril 1882) jusqu'en l'année 1901 incluse. Sur ces 167 enfants, 29 ont quitté l'hospice *en état de subvenir seuls à leurs besoins*, connaissant bien leur métier ; plusieurs d'entre eux sont actuellement *établis à leur propre compte,* mariés et pères de famille.

Un très grand nombre des 142 autres a été repris par des familles trop intéressées, qui, voyant l'éducation de leur enfant *à peu près* faite, ont voulu profiter trop tôt des services que nos petits malades pouvaient leur rendre. D'autres, enfin, sont passés à la section des épileptiques adultes, en état de pouvoir travailler aux ateliers de l'hospice.

Là, nous nous sommes butté à l'indifférence du directeur et à la résistance des chefs d'ateliers, qui préfèrent à nos apprentis, et même aux aliénés adultes, les vieillards, qui n'exigent pas la même surveillance et ne les exposent à aucun danger (1).

Il est regrettable que le personnel secondaire de l'Assistance publique ne fasse pas un stage chez les aliénés, avant d'être spécialisé dans des services généraux.

Si la surveillante de la buanderie ou de la lingerie, et même les chefs d'atelier avaient passé quelque temps dans un service d'aliénés, les uns et les autres sauraient comment il faut se conduire avec ce genre de malades ; ils distingueraient les signes qui annoncent les périodes d'excitation ou les accès, et se rendraient compte des moments durant lesquels on peut les utiliser et de ceux où il convient de les laisser au repos ; ils ne s'offusqueraient pas outre mesure de leurs écarts de langage et sauraient prendre les précautions pour éviter les accidents (2).

Il en résulte que les enfants passés aux adultes restent sou-

(1) Bourneville. *Compte rendu du service de Bicêtre*, 1888, p. xxxiii.
(2) Bourneville, *loc. cit.*

vent inoccupés ou sont employés à d'autres besognes qu'à continuer l'exercice de la profession qu'on leur a apprise. Il semble invraisemblable que l'administration puisse se désintéresser à ce point d'une si belle question d'assistance. Que vont devenir ces malheureux qui ont entre les mains, au moment de leur transfert aux adultes, un métier leur permettant de diminuer, tout en se distrayant, les dépenses qu'ils occasionnent. Livrés à eux-mêmes, sans occupation, ils ne tardent pas à s'abrutir complètement et à tendre rapidement vers la déchéance. Au moment où la question des anormaux semble avoir reconquis le terrain un moment perdu, nous attirons l'attention de l'administration de l'Assistance publique sur cette tâche qui lui incombe, et dont elle ne peut que tirer profit, pour elle, et surtout, pour les malheureux internés (1).

On lira à cet effet l'observation XIV, d'un enfant sorti de Bicêtre, exerçant son métier et gagnant très honorablement sa vie, et les observations XI, XII, XIII, de jeunes filles améliorées, mariées et mères de familles. Nous n'avons pu suivre malheureusement, faute de crédits spéciaux, tous nos anciens malades, écrivait le Dr Bourneville ; il serait cependant de la plus haute utilité de ne jamais perdre de vue les enfants que nous avons traités. Quelques-uns, trop rares, reviennent de temps à autre à la consultation faire une visite de reconnaissance au maître qui, *d'inutilisables* qu'ils lui furent livrés, en a fait des *valeurs sociales*.

*
* *

(1) Signalons le cas, observé cette année (1907), de 3 enfants : Siv..., Droug..., et Gér..., passés à dix-huit ans aux adultes, sortant de l'atelier de typographie, *connaissant bien leur métier*. Faute d'un atelier similaire à l'hospice, faute surtout de l'administration générale qui s'opposa à ce que les enfants viennent travailler dans leur ancien atelier, ils furent employés au marais, ou à déménager des greniers, à raison de 60 centimes par jour. L'administration aurait pu, tout en continuant la même allocation, autoriser ces 3 malades parfaitement raisonnables, par conséquent sans danger pour les plus petits, à travailler à l'imprimerie des enfants. Mais la routine administrative n'a pas prévu de tels crédits. Les enfants eussent été heureux de travailler intelligemment et auraient pu rendre de réels services. L'administration se refuse à comprendre son propre intérêt.

Le Dr Jean Morin relatait dernièrement (1) une visite faite à l'asile école de Bicêtre.

Je suis encore sous le charme, un peu austère, d'un mois passé dans ce service. Un séjour de sept ans au milieu d'arriérés et d'anormaux de tout genre (2) m'avait bien préparé à profiter de ma visite. La grande visite du samedi est le meilleur moyen d'entrer en contact d'un seul coup avec tout le personnel soignant et soigné... Les trois conditions essentielles de l'éducation des arriérés nous frappent à la fois : discipline, culture physique, enseignement en commun... La consultation du jeudi, que le chef fait toujours lui-même, ne ressemble à aucune autre et nous fait toucher du doigt la partie sociale de l'œuvre accomplie à Bicêtre, en nous en montrant les racines et les prolongements.

Ne jamais considérer l'arriéré en dehors de ses circonstances de milieu, de famille, d'hérédité, de régime économique ou alimentaire, de son *environnement* eût dit Drummont, est la règle absolue. Le premier examen ne peut être trop minutieux, mais cet examen doit être accompagné, pour avoir sa valeur, de tous les renseignements familiaux, économiques, sociaux : rien n'est indifférent.

Le service du Dr Bourneville, ainsi que le constate le Dr Morin, ne ressemble en effet à aucun autre, et l'étude extrêmement détaillée de chacun des petits malades constitue une observation médicale de premier ordre. L'examen le plus minutieux du malade est pratiqué dès l'entrée de celui-ci dans le service. Pendant les cinq premiers jours, l'enfant est maintenu à l'infirmerie où la température, prise matin et soir, décélera parfois une maladie contagieuse au début, et donne en tous cas une première idée approximative de l'état général du malade. On pratique également l'examen des urines. Au bout du cinquième jour, l'enfant est, suivant son degré d'arriération ou d'infirmité, désigné pour les gâteux invalides, pour la petite ou la grande école. Les parents sont alors convoqués pour le relevé des antécédents héréditaires et personnels du malade. Les moindres détails sont consignés, car *rien n'est indifférent*. Une infirmière est spécialement attachée pendant les

(1) *Foi* et *Vie*. (Paris, novembre 1904.)

(2) le Dr Morin était médecin des asiles John Bost à La Force près de Périgueux.

15 premiers jours à l'enfant, et dresse un rapport de quinzaine, complété par les notes de l'instituteur. Le chef a donc sous les yeux, pour établir son certificat de quinzaine, l'état actuel de l'enfant et ses antécédents recueillis par l'interne, les notes de l'infirmier et de l'instituteur ; il peut ainsi conclure en toute connaissance de cause. Il relève ensuite les *lacunes* qui peuvent s'être glissées dans l'interrogatoire de l'interne, convoque les parents de nouveau et complète ainsi l'observation. Nous donnons en appendice le modèle des observations établies par M. le Dr Bourneville, dans son service, ainsi que les indications médico-pédagogiques imaginées par lui.

En outre dès qu'un malade est rentré dans le service, on le photographie à côté d'une toise, qui permettra de conserver les mêmes proportions pour les photographies ultérieures et de pouvoir ainsi se rendre compte *de visu* des progrès de l'enfant. Ordinairement tous les deux ans, plus souvent si le cas est nécessaire, les malades sont à nouveau photographiés. Quand ils sont héméplégiques ou présentent une déformation physique, on les prend nus, de face, de dos et de côté. Toutes les épreuves, réunies en un grand carton, donnent ce que M. Bourneville appelle des *collectives*. Ce sont ces *collectives* qu'à chaque visite du samedi, M. le Dr Bourneville présente, en même temps que les malades, aux médecins qui viennent voir.

A ces documents photographiques, qui sont *indéniables*, on ajoute le *cahier scolaire*. Dès qu'un enfant est en état de tenir une plume, on lui fait faire chaque mois un exercice sur ce cahier. Et c'est fréquemment que l'on peut montrer un premier cahier de *bâtons* suivi d'autres gradués, qui nous amènent à des petits problèmes du certificat d'études primaires. Plusieurs enfants sont ainsi présentés, avec tous les documents qui les accompagnent; tous les visiteurs, parmi lesquels parfois il s'était glissé des sceptiques, emportent de leur passage dans le service une conviction sincère devant les preuves matérielles indéniables qui leur ont été mises sous les yeux. Le service est largement ouvert à tous, mais malgré les invitations réitérées de M. le Dr Bourneville, les détracteurs les plus acharnés de son

admirable traitement ne se sont jamais dérangés ; ils ont toujours refusé de venir *voir* ce qu'était l'œuvre qu'ils attaquaient. Il est pourtant honorable de reconnaître ses erreurs ; mais il n'est pire sourd que celui qui ne veut entendre.

*
* *

Le Dr Bourneville a tenté sur tous les enfants hospitalisés à Bicêtre les plus grands efforts pour leur permettre le retour à la vie sociale. Neuf corps de métiers différents sont enseignés, et en même temps que ces enfants malades apprennent paisiblement un métier, et sont insensiblement ramenés à la vie normale, ils fournissent un certain travail. Loin, comme on a voulu l'insinuer, de coûter des *sommes folles*, le produit des ateliers atténue considérablement les dépenses.

Dès la première année (1) le travail des enfants qui n'était encore qu'en voie d'organisation avait produit une somme de 13.600 francs (2). De cette somme il fallait retrancher le salaire des chefs d'atelier, payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit 9.867 francs, il restait un surplus de main-d'œuvre de 3.733 francs (3).

Depuis, l'évaluation de la main-d'œuvre des enfants a augmenté dans de sensibles proportions. M. Bourneville, chaque année, publie dans ses *Comptes rendus de la section de Bicêtre,* le produit du travail des enfants dans les différents ateliers depuis leur fondation. La somme produite a atteint en vingt-deux ans le chiffre de 230.909 fr., soit en moyenne, par année, 10.495 fr.

(1) Voyez Bourneville. *Compte rendu du service de Bicêtre*, 1884.

(2) L'évaluation du travail avait été faite par l'inspecteur du service d'architecture, et d'après le tarif de la ville de Paris pour la menuiserie et la serrurerie, par l'économe de l'hospice d'après les tarifs du magasin central, pour la couture, la vannerie et le rempaillage de chaises, et d'après le tarif de la Société anonyme pour la cordonnerie.

(3) Ajoutons que dans cette somme ne figurent pas les travaux de jardinage, que, malgré les demandes réitérées du Dr Bourneville, l'administration négligea de faire évaluer et qui dépassent certainement le salaire du chef jardinier.

Un autre résultat important, en ce qui concerne l'atelier de couture est le suivant. De tout temps, et il en est encore ainsi, l'habillement des enfants a laissé énormément à désirer. Très souvent les enfants n'avaient pas de vêtements à leur taille. On prenait les pantalons des adultes détériorés, on rognait les jambes, on rétrécissait la ceinture et on donnait les pantalons ainsi arrangés aux enfants. Depuis l'installation de l'atelier de couture, la situation s'est améliorée.

Il en est de même pour l'ouvroir de la Fondation Vallée. L'administration livre l'étoffe destinée à la confection des robes, et ce sont les petites malades elles-mêmes qui, en même temps qu'elles apprennent la couture, font leurs robes, leurs tabliers, leurs costumes de gymnastique.

Cette main-d'œuvre, évaluée d'après le procédé indiqué plus haut est négligée, par l'administration qui persiste à prétendre que ces ateliers sont une ruine ! ! !

*
* *

Chaque année, il sort du service de Bicêtre et de la Fondation Vallée un certain nombre d'enfants *en état de gagner leur vie.* On lira les observations détaillées (XI, XII, XIII et XIV) de plusieurs de ces enfants. Donnons ici sommairement les sorties des dernières années.

Gui..., a été chef serrurier à l'hôpital d'Aubervilliers, actuellement chauffeur d'automobiles.

Bén..., travaille chez un entrepreneur de serrurerie, à Gentilly.

Berth..., a travaillé chez un serrurier à Puteaux, puis à Paris.

Pil..., très adroit, placé au Kremlin, puis à Paris et à Montreuil.

Sib..., n'était pas un mauvais serrurier, mais a changé de métier, est actuellement cordonnier.

Enfin Led..., Dub..., Ra..., Lèg..., Rom..., Bos..., Mil..., Derep..., Adden..., Bred..., ont tous été placés à leur sortie chez des patrons serruriers, soit à Paris, soit dans la banlieue, en état de gagner leur vie.

Rou..., sorti dernièrement, est revenu voir ses anciens camarades, il a travaillé trois mois chez un serrurier d'articles de voyage ; il était épileptique. Sentant un accès venir, « pour dissimuler, j'ai dit que j'allais me trouver mal, et je suis tombé ; on s'est malheureusement aperçu que c'était de l'épilepsie et l'on m'a remercié ». Il travaille actuellement dans un bureau.

Roiz..., était hémiplégique, a fait son apprentissage de cordonnier, il travaille dans la rue du Kremlin et gagne 3 fr. 50 par jour. Plusieurs autres enfants épileptiques ou hémiplégiques sont passés aux adultes et continuent à exercer leur métier dans l'atelier de cordonnerie de la maison. Enfin les enfants : Pamph..., Lecl..., Roiz..., Gaq..., Lout..., Elinling..., Rauv..., Joff..., Bousq..., Lebr..., Barr..., et Gim..., sont sortis définitivement et ont été placés au dehors.

Pour l'atelier des tailleurs, il n'est sorti que très peu d'enfants, car ce sont surtout les hémiplégiques ou les paraplégiques que l'on fait travailler, et lorsqu'ils ont atteint dix-huit ans, ils passent aux adultes et continuent leur métier dans les ateliers de la maison.

L'atelier de menuiserie a également fourni de très remarquables résultats ; Desob..., a continué son métier, gagne en moyenne 4 à 5 francs par jour, a toujours été un excellent sujet. Charp..., avait été placé, mais la fréquence de ses accès l'ont ramené à Bicêtre. Baz..., sourd-muet, est encore actuellement placé chez un entrepreneur de menuiserie, avenue de Bicêtre et gagne 6 francs par jour. Bobl..., placé chez un menuisier, gagne ses 6 francs par jour. Belh..., épileptique, menuisier, puis a abandonné son métier pour entrer chez Révillon, fourreur, où il est actuellement, il est marié avec une ancienne malade de la Fondation, Péch..., qui est infirmière depuis sept ans à l'hôpital Tenon. Enfin les enfants Jeaun..., Fleurnin..., Vign..., Cord..., Altvatt..., Bonvarl..., Van-Os..., Kilm..., Dant..., Gam..., Rod..., Laf..., Pich..., Theul... et Merl..., ont été placés chez différents patrons menuisiers et en état de subvenir à leurs besoins.

From..., typographe, sorti en 1889, continue son métier au dehors. Bian..., a été établi comme imprimeur à Villejuif et fai-

sait ses affaires. Roux..., a fait en sortant trois ans de service militaire, puis entre chez un imprimeur de Versailles, il gagne 8 francs par jour, est marié et père d'un petit garçon. Taesch..., sorti pour s'engager. Merc..., Rat..., Letail... (voir l'observation XIV), Rat..., Fez..., Rob..., Douth..., Maro..., Sey..., Guar..., sont tous sortis très bons ouvriers, et ont été placés dans différents ateliers de Paris et de la banlieue.

Enfin un certain nombre d'enfants sont sortis des ateliers de vannerie et de brosserie, connaissant très bien le métier, mais on n'a pas de renseignements sur ce qu'ils sont devenus.

Actuellement dans chacun des ateliers, il y a des enfants bons ouvriers qui pourront prochainement sortir en état de tenir une place honorable dans la société. Malheureusement nous perdons de vue très facilement nos anciens malades qui négligent trop souvent de venir nous revoir. Il n'en est pas de même pour la plupart des filles, qui se souviennent mieux de leurs anciennes maîtresses et que l'on revoit de temps à autre à la Fondation, ce qui nous permet de noter les résultats.

Gra..., imbécillité légère avec perversions instinctives. Sortie notablement améliorée, a eu le certificat d'études à la Fondation. Elle est mariée et veuve, a un enfant bien portant qu'elle élève elle-même.

Elle travaille dans une grande pharmacie et gagne de 3 à 3 fr. 50 par jour.

Ehn..., chorée très prononcée avec imbécillité. Nous avons appris par une de ses camarades qu'elle était mariée et mère de deux enfants bien portants.

Péch..., chorée avec imbécillité, sortie notablement améliorée. Infirmière à Tenon depuis 7 ans, s'y plaît bien et veut continuer sa carrière. Elle est mariée depuis 2 ans avec un ancien malade de Bicêtre, a eu un bébé qui n'a vécu que quelques jours (méningite). Elle est enceinte de nouveau.

Mer..., imbécillité légère, sortie bien améliorée. Nous avons appris qu'elle travaillait dans une chocolaterie.

Aud..., perversions instinctives, mélancolie. Reprise par sa famille qui l'a mise aussitôt en apprentissage comme couturière.

Front..., imbécillité, demi-surdité ; sortie très améliorée et surtout très apte au ménage. Elle s'est placée comme bonne à l'Ecole des

Sourds-Muets d'Asnières. Elle y est restée pendant 5 ou 6 ans, s'est mariée ensuite. Elle a été rencontrée par une de nos anciennes infirmières avec deux bébés, dont l'un n'avait que quelques mois. Ses enfants étaient bien portants et surtout bien tenus.

Rous..., idiotie légère, rendue à sa mère notablement améliorée. Nous avons revu cette jeune fille il y a 3 ans. Elle est grande, bien portante, sa tenue était irréprochable.

Gau..., perversions instinctives, sortie améliorée. Sa mère tenait un petit commerce dans les marchés. Pendant 5 ou 6 ans, on l'a rencontrée de temps à autre dans les marchés de Bicêtre.

Barb..., hystérique, caractère difficile, un peu excentrique, est sortie guérie. Elle s'était très améliorée durant son séjour à la Fondation et avait obtenu le certificat d'études. Infirmière à Laënnec, ensuite à l'hôpital Saint-Antoine, où elle s'est mariée avec un ouvrier imprimeur qui travaille à l'Imprimerie Nationale et gagne de 7 à 8 francs par jour, a une petite fille, 5 ans, très bien portante, très intelligente et bien constituée. L'ordre le plus parfait règne dans cet intérieur.

Maig..., perversions instinctives, a été placée comme infirmière aussitôt sa sortie. Elle était devenue assez raisonnable, travaillait bien au ménage et avait également obtenu le certificat d'études pendant son séjour à la Fondation.

Sibi..., perversions instinctives, onanisme. Sortie pour être placée comme bonne.

Zé..., perversions instinctives, instabilité; reprise par sa tante, surveillante à Lenoir-Jousserand. A été placée comme infirmière dans ce même hôpital pendant plusieurs années.

Guéd..., imbécillité, nulle en instruction, sortie très améliorée. Sa mère l'a placée comme petite bonne pendant plusieurs années; elle s'est ensuite mariée, s'occupe de son ménage et dit elle-même qu'elle est très heureuse.

Dub..., imbécillité, bizarrerie. Amélioration légère. A appris la couture qu'elle continue au dehors.

Del..., instabilité et turbulence excessives. Nulle en instruction. Amélioration très notable au point de vue classique. A appris le métier de couturière.

Saint-Mart..., imbécillité. Instruction rudimentaire, sortie améliorée. Couturière, mariée il y a 3 ans.

Bon..., hébéphrénie, excitation. Sortie guérie. A appris le métier de

couturière. Est entrée *première* dans une grande maison de couture. Se tient bien, se conduit très bien.

Cour..., hébéphrénie, périodes d'excitation. Rendue à sa famille très améliorée.

Gav..., imbécillité prononcée. Amélioration. Mariée et mère de deux enfants.

Firm..., imbécillité prononcée. Amélioration notable. Placée comme bonne pendant plusieurs années, est rentrée comme infirmière à Beaujon, puis à Bicêtre. Elle est mariée et mère de deux enfants bien portants.

Boull..., instabilité, turbulence, instruction à peu près nulle, très améliorée et reprise par sa tante. A été placée dans différents magasins, est actuellement élève sage-femme.

Lef..., imbécillité, instruction nulle. Amélioration légère. Rendue à sa mère, concierge, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, a travaillé comme blanchisseuse.

Dev..., imbécillité prononcée, prononciation très défectueuse, nulle en classe. Amélioration notable. Rendue à sa mère, blanchisseuse, apprend ce métier ; mariée avec un garçon de lavoir. Elle est heureuse en ménage, a un petit garçon bien portant.

Pra..., perversions instinctives. Amélioration. A été infirmière pendant quelques années, a eu deux enfants.

Bris..., imbécillité, instruction rudimentaire. Amélioration au point de vue du ménage. A été placée comme infirmière, a eu un enfant, puis entre comme nourrice dans une maison bourgeoise.

Mor..., instabilité, turbulence, kleptomanie, nulle en instruction. Amélioration très notable en tout. Employée dans une manufacture de tabac pendant 6 ans. A quitté cet emploi pour vivre avec un mécanicien. A eu un enfant qu'elle a mis en nourrice pour se placer elle-même, elle gagne 80 francs par mois.

Lall..., perversions instinctives, périodes d'excitation. Amélioration. Rendue à sa mère, elle a travaillé avec elle (commerce de fruiterie). A eu un bébé et doit se marier prochainement.

Lhér..., imbécillité. Amélioration. Rendue à sa tante, elle a appris le métier de repasseuse. Elle est parvenue à gagner 3 fr. 50 par jour.

De Michel..., épilepsie vertigineuse. Amélioration. Travaille avec sa mère qui tient un magasin d'épicerie.

Thib..., périodes d'excitation, violences, accès de colère. Améliora-

tion. Avait obtenu le certificat d'études pendant son séjour à la Fondation. Reprise par son père, elle est placée en maison bourgeoise.

Gass..., folie mystique. Amélioration. Sortie définitivement; elle travaille dans les fleurs avec sa mère.

Rich..., imbécillité. Amélioration très notable. Très apte au ménage, elle a été placée comme bonne chez une institutrice, puis chez une sage-femme pendant 6 ans.

Péne..., épilepsie, accès et vertiges. Amélioration notable. Placée comme bonne, a quitté sa place pour entrer infirmière.

Ponc..., imbécillité légère, bizarrerie. Amélioration. A sa sortie, elle a appris la couture pour en faire son métier qu'elle exerce à Rochefort dans sa famille. Elle est mariée et est heureuse en ménage.

Breth..., imbécillité légère, mélancolie. A obtenu le certificat d'études à la Fondation. Elle a été placée par son père dans un commerce de beurre et œufs.

Rol..., hébéphrénie, mutisme. Sortie, a continué ses études, apprend la musique et le dessin. Elle doit se marier prochainement. La famille est très aisée.

Gall..., imbécillité, épilepsie simulée. Sortie, a été placée comme bonne; elle gagne honorablement sa vie.

Drou..., imbécillité. Placée comme bonne par ses parents.

Via..., imbécillité. Amélioration. Travaille avec sa mère marchande de fleurs.

Tard..., imbécillité morale. Placée comme infirmière à l'Hôtel-Dieu, puis à Boucicaut, habite actuellement Gentilly. Elle est mariée et mère de deux enfants.

Dun..., enfant assistée, hystérie simulée. Placée comme infirmière à Bicêtre et à Saint-Antoine.

Viga..., tics multiples, coprolalie. Sortie améliorée. A quitté Paris pour habiter le Calvados.

Montil..., perversions instinctives. Infirmière à la Pitié.

Lam..., instabilité, turbulence. S'est placée comme bonne en 1903.

Kall..., épilepsie, incontinence nocturne d'urine. Légèrement améliorée; travaille avec ses parents dans la broderie.

Lecal..., épilepsie simulée, instabilité, turbulence. Amélioration légère. A appris le métier de modiste, travaille en atelier; doit se marier.

Gud..., épilepsie, imbécillité. Amélioration sous tous rapports. Elle

travaille avec sa mère dans les culottes de soldat et gagne assez pour se suffire à elle-même.

Sour..., épilepsie. Amélioration. Placée par ses sœurs dans un commerce de beurre et œufs.

Munh..., épilepsie. Amélioration. Travaille en atelier.

Stéve..., accès de colère, onanisme. Amélioration. Travaille avec sa mère dans les cravates et gagne bien sa vie.

Boul..., imbécillité, fugues. Placée dans une pâtisserie, elle travaille bien, ses patrons sont satisfaits de ses services.

Et nous n'avons indiqué dans cette liste que les enfants sur lesquels nous avons pu recueillir des renseignements *après leur sortie* du service. D'autres, très nombreux, que nous n'avons jamais revus, ont été améliorés de telle sorte qu'ils ne sont plus à charge ni à leur famille, ni à l'Assistance publique, et qu'ils sont devenus des *valeurs sociales.*

CHAPITRE IV

DE LA NÉCESSITÉ DE L'ASSISTANCE DES ENFANTS ANORMAUX

La nécessité de l'assistance a été maintes fois démontrée par M. le Dr Bourneville, soit dans les rapports présentés à la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, soit dans ceux présentés à la Chambre des Députés lors de la discussion du 30 juin 1838, soit dans le rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, soit dans les *Comptes rendus du service de Bicêtre et de la Fondation Vallée*, soit aussi dans les faits divers des *Archives de Neurologie*.

M. Bourneville insistait sur ce fait que dès les premiers jours de la naissance, il est commun d'observer :

Ces enfants pousser presque sans arrêt et surtout la nuit des cris aigus, empêchant père, mère, frères et sœurs de se reposer. Et cependant, le lendemain, il faut que le père retourne à son travail, que la mère vaque aux soins du ménage !

Ce n'est pas tout. Les voisins se plaignent ; de là des querelles, qui aboutissent généralement à un congé, aux embarras et aux dépenses d'un déménagement. Il y a des parents qui, pour des cas semblables, ont été dans l'obligation de déménager, une fois, deux fois chaque année, jusqu'à l'admission de leurs enfants à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

Sans vouloir exagérer l'importance des *impressions maternelles* durant la grossesse, il est certain que la vue constante de ces enfants difformes, sous le rapport physique et intellectuel, peut, parfois, avoir une action sur le produit d'une nouvelle conception. Dans tous les cas, il est une autre influence qui, elle, est incontestable : c'est l'influence exercée par l'aspect de ces enfants sur leurs frères et sœurs. Voici à l'appui ce que nous disait tout récemment la mère d'un petit idiot : « Nous avons deux jumeaux âgés de 19 mois, qui commencent à prendre

ses manières, à se balancer, à se cogner la tête comme lui. Sans cela, ajoutait-elle, si je ne craignais pour les deux derniers, je le garderais à la maison. »

A côté de ces enfants idiots au dernier degré, il en est un grand nombre d'autres, imbéciles ou arriérés, qu'on ne peut garder dans les écoles de la ville, parce qu'ils sont incapables de suivre les exercices des autres enfants et que leurs tics, leur insuffisance mentale, les rendent la risée de leurs camarades qui, souvent même, les brutalisent ; ou bien ils troublent la classe par leur instabilité, leur besoin de mouvement, leurs contorsions, leurs crises convulsives ; on les punit, on les met dans un coin, dans la cour ; ils prennent l'école en dégoût, deviennent irritables, et les maîtres sont obligés de les congédier définitivement. Beaucoup vagabondent ou se sauvent sans motif de la maison paternelle, servent d'instruments à de plus habiles, qui les poussent à des actes répréhensibles.

On les arrête, parfois on les condamne. Ces fugues, ces arrestations, ces condamnations sont une cause permanente de démarches, de pertes de temps, d'inquiétudes et de douleurs pour les familles. Puis, viennent des enfants plus ou moins débiles au point de vue intellectuel, quelquefois même bien doués sous ce rapport, mais atteints de perversion des instincts : voleurs, menteurs, onanistes, pédérastes, incendiaires, destructeurs, homicides, empoisonneurs, etc. Nous avons eu un enfant âgé de neuf ans, à l'entrée, dont les parents ont dû réclamer d'urgence l'admission parce qu'il avait l'idée fixe *de saigner sa petite sœur*. Les garçons se livrent, soit sur leurs sœurs, soit sur les petites filles du voisinage, à des pratiques déplorables. Les petites filles de cette catégorie attirent les garçons, pervertissent leurs compagnes, servent à assouvir le désir des gens sans scrupules. Sont-elles pubères, elles deviennent enceintes, produisent des enfants que la Société doit nécessairement assister, après avoir refusé de protéger et d'aider la mère, qu'on se décide très tardivement à interner, à un âge où toute chance d'amendement a, sinon tout à fait disparu, au moins grandement diminué.

Enfin, nous citerons les enfants affectés de maladies convulsives : l'*hystérie* et l'*épilepsie*. Lorsque les crises sont rares, les instituteurs conservent ces enfants, mais la plupart, et avec raison, les refusent ; ils sont alors plus ou moins abandonnés dans la rue. S'ils ont 12, 13, 14 ans ou au-dessus, les parents essaient de les mettre en apprentissage : dès qu'une crise est constatée, l'enfant est congédié. Et de nouveaux essais aboutissent aux mêmes échecs ! Il importe aussi de se souvenir que si les convulsions n'ont, en somme, de conséquences graves que pour les malades, elles sont souvent précédées ou suivies de troubles intellectuels, d'impulsions les poussant à des tentatives de

suicide ou d'homicide, qui les rendent très dangereux pour la sécurité publique (1).

Nous exposons plus loin cinq observations personnelles récentes (Observations IV, V, VI, VII et VIII) qui prouvent combien l'instabilité ou les perversions instinctives de ces enfants les rendent impossibles à élever en famille et avec le même mode d'éducation que pour les normaux. Enfin ils sont nuisibles et peuvent commettre des *attentats contre la propriété*, *contre autrui ou contre eux-mêmes*.

Esquirol (2) rapporte qu'il a vu une idiote qui, avec ses doigts et ses ongles, avait percé sa joue, jouer avec un doigt placé dans l'ouverture et finir par la déchirer jusqu'à la commissure des lèvres ; il est d'autres idiots qui ont les pieds gelés et qui n'y font nulle attention.

Une lypémaniaque voulait mourir ; cependant elle ne voulait pas se tuer parce que c'est un crime, mais elle voulait s'exposer à la mort en commettant quelque acte criminel. Un jour qu'on la laissa auprès d'une idiote, elle décida celle-ci à se laisser couper le cou, ce qui fut exécuté.

Gall rapporte qu'un idiot ayant tué deux enfants de son frère, vint en riant raconter à ce malheureux père ce qu'il venait de faire. Un autre voulait tuer son frère et le brûler en grande cérémonie. Harder raconte qu'un idiot égorgea un homme après avoir vu égorger un cochon.

Sollier (3) a observé maintes fois :

Des idiots, d'un niveau intellectuel assez inférieur, éprouver dès l'âge de 4 ou 5 ans, du plaisir au contact des petites filles ou des femmes ; il en est qui cherchaient à violenter leur petite sœur ou à lui faire des attouchements obscènes. Tel autre que nous avons connu s'en prenait à sa mère dont il soulevait les jupons.

(1) Bourneville. Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés Lyon, 1894.

(2) Esquirol. *Des maladire mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, 1838, II, pp. 337 et suiv.

(3) Sollier. *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, 1891.

M. Bourneville (1) cite plusieurs cas parmi lesquels nous relevons celui de l'enfant Baud..., renvoyé de l'asile maternel, de l'école, de partout. Les parents ont été amenés à le faire séquestrer pour éviter des accidents et des fugues.

Celui de l'enfant Lorra..., qui exerce ses violences de préférence sur les enfants incapables de pouvoir lui rendre le mal qu'il leur fait; il cherche à égratigner les yeux, lance des coups de pied violents, mord, crache au visage, casse tout ce qui est à sa portée.

Celui de l'enfant Mig..., qui pince, mord, égratigne, cherche à blesser avec des morceaux de verre, à faire tomber les enfants, à leur tordre les doigts, à leur mordre la verge.

Un imbécile du nom de Bell..., âgé de 15 ans, fut arrêté pour s'être livré à des actes révoltants sur deux petites filles de 7 et de 9 ans; quelques semaines auparavant, il avait abusé de sa sœur, âgée de 5 ans, qui mourut des suites de ses violences.

Multiplier ces exemples serait facile. « Les journaux fourmillent d'exemples de viols, d'incendies, de meurtres commis par ces arriérés qui, le plus souvent, sont livrés à eux-mêmes, vagabondent, s'enivrent et se livrent sans peine à la satisfaction de leurs appétits (2). »

Mais à côté de ces attentats contre autrui, il faut *dans leur propre intérêt* et par *humanité* assister ces malheureux qui sont souvent la proie de gens malhonnêtes, quand ils ne sont pas les victimes de criminels dont ils dépendent. Les *enfants martyrs* sont encore légion, et ce sont généralement des imbéciles, des *innocents*, des bouches inutiles, que par avarice certains parents maltraitent (3).

D'autres sont simplement abandonnés, comme l'enfant que cite A. de Blasio; c'est une fille de 19 ans, de petite taille, aban-

(1) Bourneville. *Compte rendu de Bicêtre*, 1892, p. LXXXVII.

(2) *Bulletin de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance*, t. I, p. 231.

(3) On trouvera dans les faits divers des *Archives de Neurologie*, de nombreux cas de nécessité d'assistance des enfants idiots, relevés par le Dr Bourneville.

donnée par son père indigent et qui était devenue le jouet des gamins des rues (1).

A côté de ceux-là, il arrive souvent qu'aucun sévice n'a été exercé, et que les cris ne sont poussés par le petit malade que sous l'influence d'une véritable crise, déterminée par des lésions irritatives de son cerveau. Ces sortes d'accès revêtent dans certains cas un caractère réellement effrayant et l'on conçoit que le voisinage s'imagine avoir affaire à des enfants martyrs (2).

Quel que soit le degré d'anomalie de ces enfants, tous présentent comme caractère commun : l'incapacité de suivre les enfants qui les entourent dans leur évolution. Incapables de se suffire à eux-mêmes, ils sont exploités par les plus forts ; au lieu d'être éduqués le plus possible pour être convertis en unités utiles, ainsi que le demandent la justice et l'intérêt social, ils deviennent des déchets sociaux, sont vaincus d'avance dans la lutte immense et féroce que les hommes soutiennent pour la vie, tandis que soumis à un régime susceptible de les améliorer, ils deviendront plus ou moins capables de s'adapter aux conditions de l'existence. Réaliser cela est un devoir auquel nous ne pouvons nous soustraire.

L'indifférence de l'opinion, l'égoïsme des classes riches, l'apathie et le manque de convictions des gouvernants constituent des résistances qui s'opposent pour longtemps à toutes ces œuvres. Et pourtant : « Nous ne sommes plus à Sparte où l'on précipitait dans l'Eurotas les êtres qui naissaient incapables de concourir au maintien du bien-être collectif, et bien des considérations condamneraient un pareil procédé, pour peu que l'idée en vînt à quelqu'un. Et pourtant le dégénéré est un danger social, danger immédiat et surtout danger futur, en ce sens qu'il reproduit un dégénéré, c'est-à-dire une non-valeur et par suite un nouvel être dangereux (3). »

(1) A. de Blasio. Une idiote sous-microcéphale, *Archivio di Psichiatria, Neuropat., Anthrop. crim. e Med. leg.*, vol. XXVII, p. 562 [1906].

(2) Voir Bourneville. *Compte rendu de Bicêtre*, 1902, pp. cxvi-cxx.

(3) Magnan et Legrain. Dégénérés.

Il est incontestable que si les administrations communales et départementales, qui connaissent les existences de ces anormaux, prenaient des mesures contre ces malheureux, elles éviteraient ainsi des actes nécessitant leur arrestation.

Une grande proportion des criminels, des ivrognes invétérés, des prostituées, est en réalité composée d'imbéciles de naissance, qu'on n'a jamais cherché à améliorer; et la société subit les conséquences de son inertie, car au lieu d'avoir fait des sacrifices pour les soigner, et les ramener à des valeurs productives, elle est obligée de les interner devenus adultes dans les hospices ou les asiles comme incurables, ou de les emprisonner.

Ce que la société et l'Etat économisent sur la première éducation de ces enfants abandonnés à eux-mêmes, dit le Dr Kurella, est plus tard dépensé dix fois en frais de police, de justice, de prison, etc.

* * *

Comment assister les enfants anormaux et quelles qualités devrait-on exiger du personnel auquel ils seront confiés ?

Certes, il serait très difficile de construire, dans tous les asiles d'aliénés, des sections d'enfants avec une organisation complète et partant coûteuse, mais :

Il y aurait avantage à créer en France un certain nombre d'*asiles inter-départementaux* pour les enfants idiots, épileptiques, arriérés, etc. Ils pourraient être placés auprès des grandes villes qui possèdent des Facultés de médecine et fournir de précieux éléments à l'enseignement (1).

Ainsi que l'a montré, depuis plusieurs années, le fonctionnement aussi parfait que possible et *très économique* de la Fondation Vallée, on aurait avantage à créer des établissements départementaux dont la population serait limitée et dont il serait possible de confier la direction à une surveillante.

A côté de ces *asiles-écoles* pour les enfants *idiots, épileptiques* ou *pervers*, il pourrait y avoir des *classes spéciales* pour les

(1) Bourneville. *Compte rendu de Bicêtre*, 1882, p. 21.

enfants moins atteints ou ceux qui, *améliorés*, sortiraient des asiles-écoles (1).

Quant au personnel de ces divers établissements, il devrait être l'objet de toutes les préoccupations de l'administration. M. Bourneville a maintes fois insisté sur les avantages d'un personnel *jeune*, plus facilement éducable et malléable qu'un personnel âgé. Il faut autour de nos petits malades des visages souriants, des figures aimables ; de plus les infirmières doivent être à la fois *infirmières* et *institutrices*, dans les asiles-écoles, *institutrices* et *infirmières* dans les classes spéciales ; c'est-à-dire, dans le premier cas, être habituées aux soins les plus élémentaires, et être convaincues de la nécessité de *noter* tous les faits et gestes de leurs malades. Leur surveillance continue, l'interprétation intelligente de ce qu'elles observent en font de précieuses auxiliaires pour les médecins ; elles doivent être en même temps capables d'éduquer au point de vue scolaire les enfants, au moins pendant les premiers exercices. Dans le second cas, les institutrices devraient avoir fait un stage de quelques mois dans des services d'anormaux, afin de pouvoir être utiles à leurs élèves dans le cas de crises nerveuses et autres accidents, savoir qu'à certains moments les enfants qui leur sont confiés peuvent être irritables, avoir des impulsions que leurs connaissances préalables leur permettra de toujours prévoir et souvent parer.

(1) Quelques essais de *classes spéciales* viennent d'être tentés cette année même, notamment à Levallois-Perret et à Asnières, mais il serait désirable que les enfants ne puissent y être admis qu'après avoir été examinés par des médecins désignés à cet effet ; l'instituteur, en effet, peut reconnaître qu'un enfant présente un certain degré d'arriération intellectuelle, mais il ne peut en déterminer la cause. On éviterait ainsi la reproduction du fait regrettable suivant, rapporté par le Dr J. Voisin à la dernière séance de la *Société d'hypnologie et de psychologie* (18 juin 1907) : Un enfant considéré comme un crétin, par un instituteur, constamment puni pour paresse, fut ensuite examiné par un médecin qui découvrit une persistance du trou de Botal.

Il ne faut donc pas laisser à l'instituteur le soin de faire des diagnostics qu'il ne lui est pas possible de faire, et n'admettre les enfants arriérés qu'après un rapport dûment circonstancié. Beaucoup d'enfants considérés comme anormaux ne sont que des *faux anormaux*, soit qu'ils aient, comme celui de l'exemple cité plus haut, une maladie organique, soit qu'ils aient été mal compris et qu'ils se soient butés.

Mais pour avoir un personnel aussi parfait, il faudrait réformer complètement le recrutement du personnel secondaire. Nous avons pu voir, à la suite de vacances trop répétées, l'administration accepter en qualité de *veilleurs*, des malheureux qui le matin étaient venus à l'hôpital attirés par la soupe distribuée gratuitement.

A l'heure actuelle, beaucoup de jeunes filles peu fortunées, hésitent à entrer dans les hôpitaux à cause de la promiscuité qui y règne. Chaque infirmier ou infirmière devrait avoir sa chambre particulière ; ce serait déjà un grand pas au point de vue matériel ; en outre l'administration devrait avoir à cœur de faciliter aux filles et aux garçons de salles l'accès des cours de l'école d'infirmiers et d'infirmières. Ce serait si simple d'autoriser des permutations ! Loin d'encourager les bonnes volontés, il semble que l'administration affecte de se désintéresser d'une question si importante. Enfin le relèvement des salaires nous paraît être une mesure capable de remédier à la pauvreté du recrutement. « Quelques primes données à propos, quelques livrets de caisse d'épargne solennellement distribués à la fin de chaque année, éveilleraient peut-être une émulation profitable pour tout le monde, écrivait le Dr Dagron (1). Assurer aux bons serviteurs une retraite pour leur vieillesse, pourrait les attacher à leur service, et l'on ne verrait plus de ces infirmiers errants, mendiant une place d'asile en asile. »

D'autre part, il serait vraiment légitime que l'administration répartisse d'une façon plus égale le personnel dans les différents asiles-écoles. Si nous comparons entre eux les trois services de la Salpêtrière, de la Fondation Vallée et de la colonie de Vaucluse, nous voyons que pour 130 enfants hospitalisés à la Salpêtrière, 44 personnes sont attachées au service et que pour 232 enfants hospitalisés à la Fondation et à Vaucluse (c'est-à-dire les 4/5 en plus) il n'y en a que 32 pour la Fondation et 36 pour Vaucluse. Non pas que le personnel soit trop nombreux à la Salpêtrière, mais il ressort de cet exposé qu'il est nettement insuffisant pour les deux autres colonies.

(1) J. Dagron. Des aliénés et des asiles d'aliénés, Paris, 1875.

De plus la *haute paye* (!) de 5 francs par mois, allouée au personnel des asiles d'aliénés semble une dérision. Quand on a pu voir la différence du labeur fourni par le personnel de nos asiles, comparé à celui des hôpitaux ordinaires, on est en droit de réclamer des améliorations de traitement qui soient en rapport avec le dévouement incessant dont il est fait journellement preuve.

Nous avons rapporté (observation XI) l'histoire d'une enfant assistée, traitée à la Fondation Vallée et actuellement mariée ; on pourra remarquer qu'à côté des soins physiques donnés, le personnel fait preuve d'un dévouement que l'on ne saurait trop admirer et encourager.

A côté des asiles-écoles et des classes spéciales, il y aurait lieu de multiplier les *Sociétés de Patronage* comme celles qui existent à Paris, dans quelques départements, ou de créer des Sociétés analogues à celle qui est établie en Belgique, sous le nom de *Société protectrice de l'enfance anormale.*

M. le Dr Bourneville a été l'un des principaux fondateurs de la *Société de Patronage des aliénés sortis des asiles de la Seine*, mais il ne semble pas que les efforts déployés aient rencontrés, de la part de l'Administration, la bienveillance et l'encouragement que l'on était en droit d'attendre.

Et cependant il y aurait intérêt tant au point de vue moral qu'au point de vue pécuniaire, à ne pas se désintéresser des aliénés sortis. A ce sujet on lira la curieuse observation de P... (obs. IX), que nous avons eu l'occasion de prendre dans le service de M. le Dr Ph. Chaslin, qui a bien voulu nous autoriser à la publier.

Enfin, depuis plusieurs années, M. le Dr Bourneville insiste sur la nécessité des *secours à domicile*. Beaucoup de malades, en effet, sortis suffisamment améliorés pour ne plus occuper inutilement une place dans un asile, sont cependant incapables de gagner la somme voulue pour vivre (voir observation X). Il semble qu'il y aurait avantage à les aider pécuniairement, ils coûteraient moins cher par jour que s'ils occupaient un lit. Mais c'est vouloir introduire une réglementation nouvelle !

CHAPITRE V

ETAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE DES ENFANTS ANORMAUX EN FRANCE ET A L'ETRANGER

Malgré qu'une certaine tendance se manifeste à l'heure actuelle en faveur des enfants anormaux, on doit avouer que leur placement n'est pas facilité aux familles.

En dehors des maisons de santé spéciales, comme l'*Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine* que M. le Dr Bourneville a créé pour les malades aisés, il n'existe pour les anormaux pauvres, dans le département de la Seine, que l'*asile-école de Bicêtre* et la *colonie de Vaucluse* pour les garçons (encore ne reçoit-on pas à Vaucluse les épileptiques et les gâteux), la *Fondation Vallée* et la *Salpêtrière* pour les filles. Ces différents services ne répondent pas à un service ordinaire et ne sont pas des établissements où l'on reçoit pour le reste de leurs jours des enfants réputés incurables : c'est au contraire des *maisons de traitement et en même temps d'enseignement.*

En effet, contrairement à l'opinion générale, il s'agit de malades, qui grâce à un traitement médical bien dirigé et à une éducation spéciale, sont pour la très grande majorité susceptibles d'être considérablement améliorés et même guéris.

Rappelons que les enfants anormaux sont régis par la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et examinons les différents modes de placement et leurs inconvénients.

Depuis que sur la proposition de M. le Dr E. Dubois, le Conseil général a supprimé, le 29 décembre 1896, les *placements directs* pour les enfants, l'assistance de ces enfants a été immédiatement entravée.

En effet au lieu d'être reçus à la consultation, comme cela se passe *pour les hôpitaux ordinaires*, suivant l'expression d'une famille, les enfants anormaux sont soumis à l'un des deux modes de placement *volontaire* ou d'*office* (1).

Les pièces à fournir pour le *placement volontaire* sont les suivants :

1° Une demande d'admission formée par toute personne intéressée (parents, tuteurs, curateurs, amis ou maire de l'arrondissement ou de la commune). Cette demande doit être écrite et signée par la personne qui la présente ; si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le maire ou le commissaire de police. Elle doit contenir les noms, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui la forme que de la personne dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

2° D'un certificat du médecin constatant l'état mental de la personne à placer, indiquant les particularités de la maladie ainsi que la nécessité de faire traiter ladite personne dans un établissement d'aliénés. Ce certificat, qui doit être légalisé, ne peut être admis s'il a plus de 15 jours avant sa remise au directeur de l'asile. Le médecin signataire du certificat ne doit pas être attaché à l'asile, ni être parent, ou allié au second degré inclusivement, du directeur de l'asile ou de la personne qui fait effectuer le placement ; le même certificat, s'il a plus de 15 jours de date, pourra être utilisé après que le médecin qui l'a signé aura ajouté : que l'état mental du malade est resté le même, et que les mesures à prendre sont identiques.

3° Une pièce constatant l'individualité de la personne à placer : bulletin de naissance, de mariage, livret de famille, etc.

4° On doit alors, muni de ces différentes pièces, conduire le

(1) Ces modes de placement sont généralement très mal connus. Il nous a été donné de constater qu'un très grand nombre de praticiens ignoraient la loi de 1838, et non seulement des médecins, mais des commissaires de police, des maires (voir à ce sujet l'observation V) hésitent sur la conduite qu'ils ont à tenir, en présence d'enfants anormaux.

malade à l'asile clinique (Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), le matin de 9 heures à 11 heures.

D'après l'article 10 du Règlement sur les *placements volontaires* dans les asiles, ainsi conçu :

Art. 10. — A défaut de place disponible dans ces établissements et aucun enfant ne devant séjourner à l'asile Clinique, les demandes de placements volontaires auxquelles il ne peut être donné satisfaction immédiate sont inscrites sur un *Registre spécial* ouvert dans chaque établissement où il existe un quartier d'enfants. L'admission des enfants a lieu dans l'ordre rigoureux des inscriptions et au fur et à mesure des vacances.

il résulte que les enfants attendent six mois, un an, et parfois dix-huit mois leur tour de placement. Or, c'est fréquemment à la suite d'un gros malheur dans la famille (faillite d'un commerce, grosses pertes d'argent, mort du père ou de la mère) que des parents se décident à se séparer d'un enfant qu'ils espéraient pouvoir élever eux-mêmes. Il serait à désirer que cette longue attente puisse être supprimée sans avoir pour cela recours au placement d'office.

Les pièces à fournir pour le *placement d'office* sont les mêmes que pour le placement volontaire ; il faut en plus obtenir du commissaire de police du quartier un réquisitoire ordonnant le transfert du malade, après avoir, par deux témoins, fourni la preuve que l'*enfant est dangereux*. On conduit alors le malade à l'infirmerie du dépôt de la Préfecture de police, quai de l'Horloge. Rien ne paraît plus simple, et pourtant on se heurte à des difficultés sans nombre. Tout d'abord, il n'est pas toujours facile d'obtenir du commissaire de police, le rapport nécessaire. En effet, les commissaires de police, le plus souvent, et par erreur, ne voient dans la loi du 30 juin sur les aliénés qu'une loi de *sécurité* et en ignorent le caractère principal — *loi de bienfaisance, d'assistance* — et ils ne veulent faire de rapport que s'il y a des attentats à la propriété ou aux personnes. Mais en admettant qu'il n'y ait pas eu d'attentats de ce genre, l'enfant est dangereux *pour lui-même*, du fait même de son état mental,

dangereux *pour sa famille* qui doit le surveiller constamment et ne peut travailler. On verra dans l'observation V les tribulations d'une mère de famille, et les invraisemblables réponses d'un maire, conseiller général du département de la Seine.

D'autre part, on comprend que la marche même d'un placement d'office puisse faire reculer certaines familles. En effet, l'enfant est conduit au dépôt, il y reste peu de temps (1) mais dans quel milieu ! puis du Dépôt il est transféré à Sainte-Anne dans une voiture cellulaire. Alors que presque tous les asiles de province ont une voiture spéciale pour le transport des aliénés, Paris en est réduit à transporter ses malades dans des voitures réservées aux criminels.

Enfin nous pensons que les différentes administrations d'Assistance publique devraient mettre libéralement à la disposition de chaque citoyen les avis concernant les conditions à remplir pour être inscrit aux bureaux de bienfaisance, pour être admis dans les hôpitaux, les hospices et les asiles de tout genre. « Malheureusement, loin d'aller au devant des misères, on semble au contraire, éviter de donner les renseignements, chercher à décourager les pauvres gens afin d'éloigner le moment où on ne pourra pas éviter les secours, et écarter le plus possible de malheureux de la liste des secours ou des hospitalisés (2).

Enfin, parmi ces enfants anormaux beaucoup sont perfectibles, capables de devenir de bons ouvriers, de subvenir à leurs besoins, mais qui seront toujours poursuivis par un internement antérieur dans un asile d'aliénés, ce qui, à tort, constitue pour beaucoup une sorte de tare.

A l'heure où le Ministre de l'Instruction publique avec le dépôt du nouveau projet de loi, semble disputer au Ministère de l'Intérieur, partie des enfants anormaux en lui enlevant les arriérés pour des classes spéciales, il y aurait lieu d'envisa-

(1) Depuis que M. Bourneville a pu, avec l'appui de la Commission de surveillance des asiles, obtenir que les enfants soient envoyés le *jour même* à l'asile clinique ; autrefois ils couchaient au dépôt, plusieurs dans la même cellule ou avec des adultes, et y restaient même plusieurs jours.

(2) Bourneville. *Compte rendu de Bicêtre*, 1889, p. XLIII.

ger la possibilité de soustraire les enfants pour la plus grande part à la tutelle de la loi du 30 juin 1838.

*
* *

A la fin de décembre 1903, M. Bourneville avait pu dans son rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique établir qu'il y avait 1.206 enfants idiots de toutes catégories internés dans les asiles de province. Le nombre de ceux qui sont hospitalisés dans les hôpitaux-hospices et dans les établissements privés doit être sensiblement égal. Si l'on y ajoute les 1.070 enfants répartis dans les quatre asiles de la Seine (Bicêtre 440 garçons, colonie de Vaucluse 250 garçons, Salpêtrière 145 filles, Fondation Vallée 235 filles), on conçoit qu'environ 3.500 anormaux seulement sont hospitalisés alors qu'il n'est pas exagéré d'en évaluer le nombre à plus de 40.000.

A part les asiles de la Seine et les établissements privés les enfants ne sont presque pas traités et éduqués, dans les asiles de province ; ils sont généralement disséminés dans les quartiers d'adultes (Observation XV et XVI) où ils sont simplement l'objet de soins matériels et tendent rapidement vers la déchéance.

Cependant quelques essais médico-pédagogiques ont été tentés dans les asiles de Saint-Yon près Rouen, de la Roche-sur-Yon (Vendée), de Clermont (Oise), de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) et d'Auxerre (Yonne), et ils ont donné les meilleurs résultats.

Citons à cet appui l'opinion de M. le Dr Thivet, médecin en chef de la division des hommes de l'asile-école de Clermont :

Depuis la création du pavillon spécial jusqu'en 1903, les enfants du quartier de Fitz-James (imbéciles, idiots, arriérés) ne recevaient d'autres soins que les soins médicaux. Actuellement un véritable enseignement médico-pédagogique leur est donné et cette innovation est assurément une des plus heureuses que nous ayons à enregistrer. Il faut avoir vu autrefois ce quartier ou de malheureux enfants, dépourvus de toute occupation, de tout amusement, traînaient invariablement une existence incolore et misérable pour apprécier maintenant le bien-être dont ils

jouissent. Ainsi que nous le faisions pressentir dans un rapport précédent, les gardiens ont été remplacés par des infirmières et ce changement a donné les meilleurs résultats ; la cour de récréation s'est garnie peu à peu de pelouses verdoyantes, de massifs de fleurs ; dans les dortoirs on constate une propreté irréprochable ; une salle de bain a été aménagée et la salle d'étude, naguère si délaissée, est aujourd'hui une véritable classe d'école primaire où l'enseignement approprié à des intelligences rudimentaires, est distribué à chaque enfant selon ses aptitudes par des infirmières institutrices qui, elles-mêmes, ont reçu à cet effet une éducation particulière dans le service de M. le Dr Bourneville à Bicêtre.

Il serait à souhaiter que les pouvoirs publics, parallèlement aux *classes spéciales* que l'on cherche actuellement à créer au bénéfices des simples arriérés, se préoccupent de fonder des *asiles-écoles* pour les moins favorisés. Peut-être assisterons-nous un jour à la réalisation de cette réforme sociale dont les faits, chaque jour, nous démontrent l'urgence.

*
* *

Alors que les travaux de Séguin semblaient être demeurés totalement inconnus en France, ils attirèrent très vivement l'attention à l'étranger et déterminèrent un véritable mouvement pour l'assistance et l'amélioration des enfants anormaux.

En 1842, en Suisse, sur l'Abendberg le Dr Gugenbulh fondait pour les crétins un établissement-école, et vers la même époque Soegert (de Berlin) qui dirigeait un asile de sourds-muets, étendait ses efforts à l'éducation des enfants arriérés. Une école du même genre fut aussi créée à Leipzig.

En 1848, en Angleterre s'ouvrent des écoles spéciales à Bath, à Highgate et à Colchester.

En même temps, Wilbur fondait en Amérique le premier asile pour les faibles d'esprit, inspiré et guidé, comme il l'a hautement reconnu lui-même, par les travaux de notre éminent compatriote, devenu plus tard son ami.

C'est surtout à partir de 1870 que se sont multipliés à l'étranger les institutions pour les faibles d'esprit.

D'après les documents communiqués à la 5e session de la

Conférence allemande relative à l'assistance des idiots, il existait en Allemagne, 36 établissements, donnant l'assistance et l'éducation à 4.247 idiots.

En Suède on trouve, en 1888, 17 établissements de ce genre.

En Norvège, une loi de 1881, rend obligatoire l'enseignement pour ceux des idiots de sept à vingt ans qui sont aptes à le recevoir. A Copenhague, une institution fondée par KELLER en 1865 a reçu pendant l'année 1887 459 enfants idiots.

En Russie, M. MALIAREWSKI crée à Saint-Pétersbourg une maison médico-pédagogique et insiste, au Congrès des médecins aliénistes russes, sur la nécessité d'instituer de semblables établissements pour remédier aux dégénérescences dont sont atteints ces malades.

Mais c'est surtout en Amérique, aux Etats-Unis, que se sont multipliés les établissements consacrés aux idiots et aux faibles d'esprit.

Au Danemark, en Italie, en Belgique, en Angleterre, en Suisse, en Prusse, existent depuis quelques années des *classes spéciales* qui donnent les résultats les plus satisfaisants.

A Londres même nous relevons 3 écoles fondées en 1892, 4 en 1894, 6 en 1895, 9 en 1896, 5 en 1897 et cette progression continue. Chacune de ces écoles constitue un véritable centre scolaire qui compte de nombreuses classes.

L'Espagne même commence à se préoccuper des enfants anormaux. Francisco PEREIRA, de Madrid, vient de lancer un nouvel appel, et demande à toutes les bonnes volontés, à toutes les classes, à tous les sociologues, de l'aider à déterminer chez ses compatriotes un courant d'opinions ; et il crée en même temps un journal spécial : *La Infancia anormal*, Boletin trimestral dedicado al estudio y defense de los ninos anormales y de su educacion especial.

*
* *

M. le Dr BLIN, médecin de la Colonie de Vaucluse, vient de publier un remarquable rapport sur l'hospitalisation des débiles à l'étranger.

L'auteur constate d'abord que l'étranger, désireux d'étudier

l'installation et le fonctionnement des asiles d'arriérés en France, pourra en quelques jours et sans quitter Paris ou les environs, visiter le service modèle à Bicêtre, la Fondation Vallée, le quartier des filles de la Salpêtrière, la colonie de Vaucluse et aura ainsi passé en revue « tous » les quartiers d'enfants assez importants pour composer l'ensemble des adjuvants nécessaires au traitement pédagogique. En effet si à côté de ses services publics on y ajoute l'Institut médico-pédagogique de Vitry en raison de sa belle installation et la maison de santé de La Force (Dordogne), en raison du grand nombre de malades qu'elle hospitalise (535 au 1er janvier 1901, dont 125 épileptiques), la question est épuisée.

En Allemagne, la visite se présente de façon singulièrement plus complexe, car on se trouve en présence de 103 établissements spéciaux, réservés à l'assistance des arriérés, idiots et épileptiques, hospitalisant 20.142 malades avec un personnel de 3.742 employés ! Soit 2 personnes pour 11 enfants, alors que le personnel de la Fondation Vallée par exemple est réduit à 1 personne pour 7 malades ! Et si l'on retranche de ce nombre le personnel de nuit, on peut juger de la proportion.

Le Dr Blin n'a pu visiter tous les asiles allemands, mais il donne une relation extrêmement détaillée et documentée des visites qu'il a faites. Il a également parcouru les établissements similaires d'Autriche, de Danemark et de Norwège, et partout on s'efforce, par des moyens différents, mais avec un enthousiasme évident, de rendre à la vie sociale un grand nombre de jeunes cerveaux destinés, si l'on ne s'occupait activement d'eux, à rester à jamais dans l'ombre.

Il faut lire ce rapport (1) si documenté pour voir avec quel soin et quelle méthode les enfants sont classés, divisés par petits groupes, par petites familles. Ce mode de distribution dont M. le Dr Krayatsch a fait la base du traitement de l'arriéré donne les meilleurs résultats.

(1) Ce rapport est accompagné d'un magnifique album de reproductions photographiques comprenant 81 vues différentes et 20 planches gravées de plans d'asiles.

Alors qu'en France, les enfants sont classés par rang de taille, ou par âge, le Dr Krayatsch les divise suivant le degré de leur affection mentale, et l'on ne voit pas à l'étranger

Quatre-vingt garçons de toutes les catégories : intellectuelles, mentales et morales, débiles simples, hallucinés, mélancoliques, hystériques, épileptiques, persécutés, impulsifs, violents, déments, précoces, vicieux de toute nature, etc..., réunis sous la surveillance de quatre gardiens dans une seule pièce qui, si vaste soit-elle, ne permet aucun classement (1).

Il faut que le traitement médico-pédagogique soit bien effectif, pour donner les résultats que nous observons ! M. le Dr Bourneville avait tenté de diviser, suivant leur affection et suivant leur degré de développement, sans tenir compte de leur âge, les enfants de son service. C'est ainsi qu'il avait pu conserver des enfants dont l'état intellectuel, et le développement physique correspondait à une douzaine d'années, alors qu'en réalité ils étaient beaucoup plus âgés. D'autres, plus soucieux d'appliquer le règlement dans son intégralité, ordonnaient le transfert aux adultes de tout enfant âgé de 18 ans, et l'étranger non prévenu pouvait s'étonner de voir de petites figures jeunes et imberbes au milieu de vieux déments ou d'aliénés furieux.

*
* *

Comme on l'a vu, (Chapitre II), c'est en France que pour la première fois la question d'assistance des enfants anormaux s'est posée et s'est ensuite étendue aux puissances civilisées jusque dans l'Amérique du Sud (2).

Il est permis d'espérer que les efforts du Dr Bourneville qui a le plus contribué et qui contribue encore (3) à répandre ces

(1) Blin. Hospitalisation des débiles, p. 263.

(2) A Rio-de-Janeiro (Brésil) il y a un pavillon d'enfants arriérés qui porte le nom de Pavillon Bourneville.

(3) A chaque visite du samedi, après avoir fait toucher du doigt par les nombreux visiteurs qui se pressent dans le service les différents procédés du traitement médico-pédagogique, M. Bourneville ne manque pas d'adresser de chaleureux appels aux médecins étrangers, afin que ceux-ci, de retour dans leur pays fassent une propagande incessante en faveur des enfants

principes de solidarité, ne seront pas vains. Déjà les pouvoirs publics semblent réellement vouloir, par la création des *classes spéciales*, faciliter l'éducation des arriérés. M. le Ministre de l'Instruction publique vient de déposer sur le bureau de la Chambre des Députés un projet de loi sur l'assistance des enfants arriérés.

C'est un nouvel élan de cette si passionnante question d'assistance, et c'est avec une satisfaction réelle que nous assistons à ce mouvement que nous espérons voir se généraliser.

Il faut être logique, ou supprimer totalement les anormaux, et cette solution ne trouve guère de partisans, ou leur venir en aide, mais alors sans restriction. Nous repoussons énergiquement les théories malthusiennes étranges que M. Paul Robin développait, en 1901, au Congrès d'assistance familiale, ainsi que les mutilations cruelles qu'il proposait de faire subir à ces malheureux. Où s'arrêterait-on si l'on devait supprimer tous les inutiles, tous les coûteux, tous ceux qui peuvent engendrer une descendance tarée.

Certes les ressources de l'Assistance publique sont insuffisantes, mais que les favorisés de la fortune donnent largement, généreusement, c'est le « meilleur moyen d'atténuer des revendications légitimes. » En le faisant ils s'acquitteront de leur devoir de solidarité sociale.

» Tout ce que, personnellement, nous avons fait ou essayé d'accomplir en fait d'assistance, écrivait le Dr Bourneville (1), nous a été inspiré par les idées de la Révolution française sur l'organisation de l'assistance : assister, soutenir, aider tous les malheureux : vieillards, malades, infirmes de corps ou d'esprit, orphelins, citoyens sans travail. Remplir cette tâche avec l'esprit d'humanité le plus large, tel est le devoir de la République. Restons dans la nature, soyons humains. »

anormaux ; on a vu par le rapport du Dr Blin combien cette belle question d'assistance a été comprise... à l'étranger.

(1) Bourneville. *Compte rendu de Bicêtre*, 1901, p. cxxxvi.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

I. — Idiotie avec perversions multiples (Type pervers pur).

Tal..., Marguerite, née à Colombes, le 21 mai 1891, entrée à la Fondation Vallée le 2 août 1899 avec le certificat suivant : *Est atteinte de débilité mentale avec perversion instinctive, mutité, vagabondage, fugues, accès d'excitation, violences envers ses frères et sœurs, onanisme, nulle instruction, — Père*, 41 ans, garçon marchand de vins, buveur. N'a pas eu de convulsions, pas de fièvres éruptives, pas de syphilis, caractère doux. *Grands-parents*, rien de particulier. — *Mère*, 29 ans, modiste. Pas de convulsions, pas de fièvres éruptives, pas de chorée, ni de manifestations rhumatismales : a eu de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 14 ans. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme ; névralgies fréquentes, très nerveuse, sans attaques cependant mais caractère très emporté. Le *Grand-père*, 60 ans, bien portant. La *Grand'-mère* est morte albuminurique à 49 ans. 13 *oncles et tantes paternels*, rien de particulier, la plupart ont des enfants bien portants ; 4 *oncles et tantes maternels*, bien portants.

Dans les deux familles rien à noter au point de vue mental ou dégénérescence, si ce n'est que le frère aîné du père est venu au monde avec six doigts de pied. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans, père plus âgé. *Quatre enfants* : 1° une fille, 12 ans, pas de convulsions, intelligente, bien portante, a marché tard (15 mois); 2° une 11 ans, pas de convulsions, intelligente, bien portante ; 3e la malade ; 4° un garçon, mort à 14 mois étouffé, avait avalé un haricot.

Conception : à ce moment, la mère était très mal portante, pertes blanches et jaunes abondantes avec sensation de brûlure à la miction, n'avait de rapports conjugaux qu'au prix de douloureux efforts. Le père était bien portant. *Grossesse* : à 4 mois, étant au bord de la mer est tombée dans un trou et a eu *très peur*, quelques sensations d'a-

vortement (tisanes), très ennuyée de se voir enceinte, avait eu pendant sa 2e grossesse, beaucoup d'idées noires, qui se renouvellent pendant sa grossesse actuelle, mais plus atténuées. *Accouchement :* à terme, durée 4 heures, en sommet. L'*enfant* crie tout de suite, mais bien portant. Posé sur une balance ordinaire, l'enfant tombe d'une hauteur de 20 centimètres, elle n'a pas crié ; pèse 3 kilogs. *Allaitement :* biberon (lait de vache, jusqu'à 10 mois). Sevrée dès qu'elle a pu manger de la soupe et des pommes de terre. A 14 mois ne parlait pas, ne savait pas manger, on était obligé de lui faire avaler ses aliments devant lesquels elle restait indifférente. A marché vers le 15e ou 16e mois. N'a été propre qu'à 7 ans. Au moment de son entrée, le caractère assez gai, mais colères fréquentes depuis la première enfance. Pas voleuse, gourmande, vorace, sans distinction d'aliments, digestions bonnes, ascaris nombreux. L'onanisme aurait été remarqué à 14 mois par frottement, puis à partir de 7 ans, onanisme digital, jusqu'au sang, en même temps écoulement abondant. Le sommeil est calme. Un jour, l'enfant est sortie de la maison, s'est perdue, est restée 5 heures dehors ; cette année même, elle descendit de son lit, partit pieds nus, on ne l'a retrouvée que plusieurs heures après son départ, elle était sur les quais de la gare. Quand quelque chose lui déplaît, elle place son index droit dans sa bouche, le mord au point qu'elle a sur le doigt un durillon, et pousse des cris perçants. N'a pas de convulsions, on ne relève aucun antécédent morbide, sauf un peu de gourme à 7 ans. Les extrémités (mains et pieds) sont généralement froides.

Etat actuel de l'enfant à son entrée. — Air bien portant, l'enfant est grasse. L'expression ne paraît pas intelligente. Cheveux châtain clair, bien implantés, front bombé, arcades sourcilières peu saillantes. Yeux petits enfoncés. Crâne de volume normal, la bosse pariétale droite est un peu plus saillante que la gauche. Nez amus, aplati. Bouche moyenne, lèvres normales, voute palatine normale, menton rond, un peu fuyant. Pommettes peu saillantes symétriques, joues très pleines. Oreilles symétriques, sans adhérence du lobule, non décollées. Le corps est bien conformé, les membres sont normaux. Rien de particulier à l'auscultation du cœur et des poumons. En somme l'état général de l'enfant est aussi satisfaisant que possible. — Au point de vue scolaire l'enfant est absolument nulle.

Juin 1900. — L'enfant semble avoir fait quelques progrès, sous tous les rapports. Elle est moins turbulente, plus gaie, et plus affectueuse vis-à-vis des personnes qui la soignent. Elle est caressante et ses colères sont moins fréquentes, elle ne cherche plus à mordre ses compagnes comme au début. Son attention s'éveille, elle paraît écouter les observations qui lui sont faites. Elle ne peut pas encore faire seule sa

toilette, mais elle s'y prête de bonne grâce. A son entrée elle gâtait jour et nuit. Elle ne gâte plus le jour actuellement.

Janvier 1901, — La légère amélioration que l'on avait remarquée le semestre précédent ne s'est pas maintenue Les progrès scolaires sont nuls. Quoique l'enfant ait l'apparence d'être sensible aux observations, elle se met dans de violentes colères dès qu'elle est contrariée, et cherche à mordre ses voisines ou les enfants qui passent à côté d'elle, et ce, sans motif déterminé. Elle gâte de nouveau le jour, mais rarement, ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller. Semble suivre avec plaisir les exercices de la petite gymnastique.

Janvier 1902. — Même état.

Juin 1903. — L'état de l'enfant est loin de s'améliorer. Toujours nulle en classe ; ne sait dire que les mots : « maman, putain, a pu, » pour dire qu'elle ne fera plus quelque chose. Son vocabulaire ne s'étend pas au-delà de ces trois mots. Le caractère est de plus en plus irritable. L'enfant est extrêmement méchante, la physionomie tourmentée, le regard dur, mobile, elle cherche de tous côtés quelque sottise à faire. Les colères éclatent spontanément, et sans aucun motif. Elle se jette sur les enfants qui sont à côté d'elle et les mord cruellement sans aucune provocation de leur part. En même temps elle pousse des cris perçants, pleure abondamment, bouscule tous ceux qui l'entourent, se déshabille en déchirant ses effets ; ses colères sont à ce point violentes que la sueur coule abondamment sur son visage qui se congestionne fortement. Sa voix est rauque à force de crier. Ces colères se reproduisent presque journellement. On est obligé de la maintenir fréquemment avec le manchon. Le sommeil est léger, agité. De temps à autre l'enfant sort du lit et cherche à jeter par la fenêtre les effets de ses compagnes. Dès qu'elle a pu réussir, elle recourt vivement se cacher la figure dans son lit. Toujours gâteuse la nuit, rarement le jour si on prend la précaution de la placer sur le siège.

Janvier 1906. — Etat toujours stationnaire, avec aggravation des colères et des violences envers ses compagnes. Extrêmement jalouse, cherche à prendre tout ce que possède ses voisines : jarretières, rubans, cravates, etc., elle pousse des cris perçants si elle n'arrive pas à ses fins ; cherche toujours à mordre, à griffer, ou à donner de violents coups de pied. Une petite fille revenait du parloir, mangeant tranquillement un gâteau, Tal..., ne pouvant s'en emparer, se jette furieusement sur l'enfant qui tombe et reste quelques minutes étourdie. Tal... devient de plus en plus dangereuse, elle exige une surveillance continuelle.

Janvier 1907. — Les colères sont de plus en plus fréquentes et violentes. Tal... mord cruellement les enfants qui sont à ses côtés, les

griffe, les pince jusqu'au sang, leur donne des coups de pied, et les pousse violemment pour les faire tomber. Nous recevons bien souvent des plaintes de parents, par suite des coups de pied ou des marques de griffes que portent les enfants. Malgré une surveillance constante, les gestes de Tal... sont si précipités, qu'on ne peut quelquefois les éviter. L'état général est très satisfaisant, l'enfant est réglée depuis le mois d'avril 1905 (elle avait 14 ans), elle est très forte et par ce fait même devient un danger permanent; aussi malgré son âge (16 ans) elle est présentée à la Commission de surveillance, qui autorise son transfert aux adultes (Villejuif) le 28 mars.

Cette observation vient à l'appui de ce que nous avons dit (p. 6) sur les *pervers purs* difficilement ou non améliorables. L'hérédité de notre malade est suffisamment chargée (Père buveur, mère nerveuse) pour expliquer l'état d'*idiotie* de l'enfant, qui dès sa première enfance manifeste par des colères, les *perversions instinctives* qui se développeront en même temps qu'elle grandira. L'onanisme remarqué à 14 mois a dû probablement être amené par une irritation due à un défaut de propreté. C'est une cause fréquente d'onanisme réflexe et on ne saurait trop insister sur l'intérêt qu'il y a à habituer à des soins *hygiéniques* et *non immoraux* les enfants dès l'âge le plus tendre. Malgré les soins dont elle a été entourée, Tal..., qui par le changement de milieu, avait semblé dès les premiers mois, s'améliorer quelque peu, n'a fait aucun progrès, et l'on a pu voir les *perversions instinctives* augmenter d'intensité, en même temps que l'enfant se développait physiquement.

II. — Perversités acquises : vols, mensonges, onanisme

(Type perverti pur.)

Welt..., Jeanne, née à Saint-Maur-les-Fossés, le 17 novembre 1896, entrée à la Fondation Vallée le 7 janvier 1907 avec le certificat suivant : « *Est atteinte de débilité mentale avec perversions instinctives, vols, mensonges, onanisme. Se livre à des attouchements manuels sur ses camarades.* — *Père*, 47 ans, employé des postes, sobre, nerveux et migraineux. *Grand-père paternel*, mort à 59 ans de paralysie agitante, quelques excès de boisson. *Grand'mère paternelle*, 68 ans, d'intelligence mé-

diocre. *Arrière-grands parents paternels*, intempérants, l'un joueur. Un *cousin* pervers, et incendiaire à l'âge de 12 ans ; deux *cousines* faisaient la noce. — *Mère*, 37 ans, très nerveuse, migraineuse. *Grand-père maternel*, intempérant, excès de toute nature. Trois *grands oncles* alcooliques. Un *cousin* au 2e degré atteint d'idiotie profonde. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 10 ans, père plus âgé. *Trois enfants* : 1° une fille 16 ans, a eu la chorée à 7 ans, depuis est très bien portante ; 2° un garçon 12 ans, nerveux, se met facilement en colère ; 3° la malade. A noter une fausse-couche de 4 mois suite de chutes en quatrième lieu. *Conception*, *grossesse*, rien de particulier. *Accouchement* laborieux, asphyxie à la naissance. L'enfant placée en nourrice aurait bu du calvados à l'âge de 13 à 18 mois. N'a pas eu de convulsions et n'a jamais été malade. Marche à 14 mois, parole à 2 ans.

La mère, qui fournit les renseignements, déclare que l'enfant est entêtée, absolue, d'un caractère sournois ; elle est gourmande, voleuse et menteuse. Dernièrement, elle aurait en se rendant à l'école pris une brioche chez un pâtissier, mais la brioche étant trop grosse, elle la découpa en morceaux qu'elle éparpilla le long du chemin, ne gardant pour elle qu'un morceau raisonnable. Aurait quelquefois pris deux ou trois sous dans le portemonnaie de sa mère pour acheter des bonbons. Enfin à plusieurs reprises aurait fait l'école buissonnière, partait dans les champs avec une petite camarade, elles se livraient alors entre elles à l'onanisme. Une voisine qui les aperçut, prévint la mère qui retira son enfant de l'école et fit les démarches nécessaires pour la faire placer. L'enfant était très dissipée et insupportable en classe, néanmoins elle était toujours parmi les premières élèves.

Au point de vue physique Welt..., est une très jolie enfant, un peu petite, mais admirablement conformée et ne présentant aucun stigmate de dégénérescence, la tête est ovoïde, le crâne symétrique, le front haut est largement découvert. Les yeux sont très grands, très beaux, à iris mesurant 14 millimètres de diamètre, à regard profond et intelligent. Les pupilles sont très dilatées ; pas d'épicanthus. Le nez est moyen, symétrique, bien conformé ; les joues sont pleines et rosées. La bouche petite, lèvres bien dessinées, l'inférieure n'est pas épaissie. Les dents sont belles, mais un peu serrées, par suite de la persistance des grosses molaires temporaires. Oreilles bien ourlées, très normales, pas d'adhérence du lobule. On ne relève rien d'anormal ou de pathologique à l'examen du corps ou des membres. La sensibilité générale est parfaite, pas de zônes hystérogènes. A peine notera-t-on une légère diminution du réflexe cornéen et du réflexe pharyngien.

L'enfant est très intelligente et paraît très avancée pour son âge. Interrogée sur les différents faits qui lui sont reprochés, elle avoue très

franchement et avec un petit air contrit qu'il lui est arrivé parfois « de prendre des sous dans le portemonnaie de sa mère pour acheter des bonbons, et qu'une camarade plus âgée qu'elle l'a emmenée un jour faire l'école buissonnière et lui a appris à se toucher ». Elle promet de se tenir convenablement désormais et de faire tous ses efforts pour racheter par son travail et sa conduite, ses méfaits d'autrefois. Notons que l'enfant paraît très affectueuse pour sa famille.

Depuis six mois qu'elle est à la Fondation le travail scolaire de l'enfant est bon, elle aurait tendance à se décourager devant une difficulté, si on ne la remontait pas. Son caractère est très affectueux; aux heures de récréation, elle aime à se tenir auprès du personnel, raisonne bien, s'exprime avec facilité, a un certain jugement. Elle parle souvent de sa famille à laquelle elle paraît vivement attachée. Elle n'est pas méchante avec ses compagnes, avec lesquelles elle s'entend bien, elle n'est ni turbulente, ni indisciplinée. Elle se donne les soins de toilette nécessaires, sa tenue est irréprochable. Elle travaille à l'ouvroir avec une certaine lenteur, elle aime beaucoup la buanderie, ainsi que le repassage. Elle a fait des progrès pour la gymnastique. On n'a rien remarqué au sujet de la *kleptomanie* signalée sur le certificat d'admission. Elle est à surveiller au point de vue de l'onanisme. Elle a été surprise plusieurs fois par la veilleuse se touchant avant de s'endormir, l'enfant grondée promet de ne plus recommencer, mais les promesses sont de courte durée. Néanmoins il y a de ce côté aussi, un progrès réalisé en ce sens, WELT..., ne cherche plus à toucher ses petites camarades.

Cette observation nous montre un enfant à l'intelligence vive et possédant un certain raisonnement ; le fait de semer des morceaux de brioche pour que la portion gardée ne semble pas excessive à la maîtresse d'école, dénote un sens pratique notable. La mère de WELT... prétendait que l'enfant était extrêmement voleuse, et s'étonnait dernièrement d'apprendre que nous n'avions jamais rien remarqué à ce sujet. Il faut parfois se méfier de l'exagération péjorative de certains parents. Appellera-t-on vol, le fait d'avoir chipé une brioche à la devanture du pâtissier, ou ce larcin de quelques sous dans le portemonnaie de sa mère ? Ce sont des faits qui disparaîtront avec l'âge. Et il semble presque naturel que l'enfant essaie par des mensonges de voiler ces petits larcins. Quant à l'onanisme qui lui est reproché, il n'est pas un pur réflexe spinal comme dans l'observation précédente. Il est nettement cérébral, raisonné et tous

les efforts doivent tendre à en empêcher l'excès. Quant à le voir totalement disparaître nous ne nous ferons pas plus d'illusions que nous n'aurons d'inquiétude. Au point de vue intellectuel on a pu voir que l'enfant était toujours dans les premières de sa classe, et elle est actuellement en état de passer le certificat d'études primaires. Aussi rangeons-nous Welt..., dans nos *perverties pures*, c'est-à-dire parmi les enfants précoces sous tous rapports, dont les défauts s'atténueront avec l'âge et le raisonnement.

III. — **Arriération intellectuelle, imbécillité morale, perversions multiples** (Type pervers-perverti).

Sail..., Suzanne, née à Paris, le 14 janvier 1894, entrée à la Fondation le 7 août 1906, avec le certificat suivant : *Débilité mentale avec perversions instinctives, mensonges, vols, onanisme.* Voici le sommaire des antécédents héréditaires de l'enfant. — *Père*, 49 ans, cocher de fiacre, quelques troubles dus probablement à l'alcoolisme ; fièvre typhoïde avec délire à 30 ans. Tentative de suicide il y a 4 ans. *Grand-père paternel*, suicidé par pendaison, très violent, buveur, très méchant. Un *oncle paternel* buveur, mort tuberculeux, un second *oncle paternel* mort aveugle ; un troisième *oncle paternel* alcoolique, suicidé par noyade. — *Mère*, 45 ans, concierge, élève ses enfants, à 21 ans, fièvre typhoïde peu grave. *Grand'mère maternelle*, rachitique, migraineuse, avait une sœur jumelle morte quelques semaines après sa naissance ; un demi-frère maternel qui a 11 ans de différence, est devenu épileptique à la suite d'excès de boisson. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 4 ans, père plus âgé. Un *frère*, convulsions à 6 mois. cauchemars nocturnes. Une *sœur* morte de méningite. — Dans les antécédents morbides de l'enfant on ne relève que la rougeole à cinq ans. Pas d'autres fièvres éruptives. Elle n'a jamais eu de convulsions. — Elle a été mise à l'asile chez des religieuses vers l'âge de 4 ans ; elle y est restée environ deux ans ; l'enfant avait six ans lorsqu'on la rendit à sa mère sous le prétexte qu'*elle attirait les petites filles dans les cabinets* ; celles-ci le répétaient à leurs parents qui venaient se plaindre. Sail... entre alors à l'école communale et y reste trois mois, elle en sort avec le certificat suivant : *La directrice... informe Mme Sail... qu'il lui est devenu impossible de garder Suzanne dans son école. C'est une enfant dangereuse pour ses compagnes, qu'elle mord, pince, pique avec une*

plume ou asperge d'encre. Il ne se passe pas de jour qu'il n'arrive des plaintes des mères dont les enfants ont été malmenés par Suzanne. De plus la directrice déclare de vive voix à la mère, que la petite fille entraîne dans les cabinets de petites compagnes pour se livrer sur elles à des attouchements. L'enfant avait alors six ans et quatre mois. Pendant deux ans, elle reste chez sa mère, et pendant ce temps, malgré quelques essais d'onanisme avec sa sœur, « son vilain défaut s'atténue ». Placée alors, à l'âge de neuf ans, à Châtenay, dans une Société de patronage, où elle reste dix-huit mois, elle n'a aucune aptitude ni pour les travaux manuels, ni pour les travaux scolaires ; on ne lui reproche pas de méchanceté avec ses compagnes, mais elle serait très têtue. On semble ne pas vouloir donner grands détails sur l'enfant, et la mère insistant, la directrice déclara « qu'elle était bonne à placer dans une maison spéciale ». Gardée de nouveau quelques mois chez sa mère, occupée à ourler un torchon ou un mouchoir, ne présentait aucune aptitude, lisait à peu près correctement, mais écrivait mal. Rentrée à 11 ans 1/2 à l'école communale, elle reste un mois, pendant lequel la mère a été fréquemment appelée à cause de l'insubordination de son enfant. Elle est renvoyée avec cette note : *La directrice... certifie que Suzanne Sail..., qui a été admise à l'école, après avoir été renvoyée de plusieurs établissements scolaires, a continué à se montrer très indisciplinée : passant le temps à déranger la classe et à tourmenter ses compagnes.* On ne fait à ce moment aucune allusion à l'onanisme observé antérieurement. La mère fait des démarches pour placer son enfant, *cela dura quinze mois* ! Pendant ce temps l'enfant très surveillée ne paraît pas se livrer sur elle à des attouchements. Aurait eu pendant les six derniers mois des étourdissements : « Tiens c'est drôle, disait-elle. je vois trouble, on dirait des papillons » La nuit, dormait très profondément, jamais de cauchemars. Elle présente des absences de mémoire considérables « le temps d'aller de la table au buffet, elle a oublié ce qu'on lui demandait ». Elle n'a jamais fait de fugues. Elle était très menteuse ; racontait qu'une locataire s'était montrée nue à elle (ce qui a été reconnu une invention, car il s'agit d'une femme convenable) ; racontait que sa mère (concierge) l'envoyait chercher le vin des locataires. A l'école elle « chipait » très volontiers les petits objets de ses compagnes. Elle pleure facilement quand on la gronde, ou quand on lui parle de choses tristes. Elle semble très affectueuse pour ses parents. — Au point de vue physique, l'état de l'enfant est on ne peut plus satisfaisant, c'est une forte et belle enfant, bien proportionnée, avec un air de santé parfait. La physionomie est parfois souriante, mais un peu sournoise. Quelques stigmates de dégénérescence : lèvres épaisses, inférieure sensuelle ; le lobule de l'oreille est adhérent. Les réflexes sont normaux. L'enfant commence à se développer, quelques poils

blonds dorés sur les grandes lèvres, petites lèvres normales, hymen à ouverture en croissant à concavité supérieure. Depuis un an que Sail... est à la Fondation, elle a fait peu de progrès au point de vue scolaire, peu avancée pour la classe, elle lit à peine couramment, ne peut suivre qu'une petite dictée, et en calcul ne connaît que l'addition. L'école l'importune, elle travaille un peu à la couture et au repassage, elle lave aussi à la buanderie, mais ne déploie aucune activité ; elle se plaît surtout à faire de petites courses d'un service à l'autre ou à aider à l'infirmerie. Le caractère est toujours sournois, elle aime à voir la discorde et parfois à la semer parmi ses compagnes. Elle a un mauvais esprit et voit toujours les choses du mauvais côté. Ses conversations avec les autres enfants sont à surveiller, il en est de même pour ses amusements : dernièrement ayant pris un peu de mastic aux vitriers, elle fabriqua un « phallus » qu'elle montrait ensuite à toutes ses petites compagnes.

Cette enfant dont l'hérédité est très chargée, porte avec elle certains stigmates de dégénérescence. De plus elle est notablement arriérée au point de vue intellectuel, mais elle possède cependant un certain discernement. Elle a une tendance génitale à la fois impulsive et raisonnée. Malgré tout nous croyons qu'elle est susceptible d'une légère amélioration. C'est une enfant qui, surveillée, sera capable de rendre plus tard des soins ménagers. Le traitement en commun auquel elle est soumise, loin, grâce à la surveillance constante, d'être nuisible pour les autres, permet, au contraire, d'espérer un changement notable en faisant agir contre ses perversions instinctives, le raisonnement par lequel elle a acquis et développé sa perversité.

IV. — Imbécillité avec perversité des instincts, coprolalie, onanisme, exhibitionisme, colères, cruauté envers les plus faibles. — Nécessité d'assistance.

Royb..., Fernande, âgée de 11 ans, née à Paris, le 11 juin 1895, entrée à la Fondation le 13 avril 1907. L'état général est bon, l'enfant est plutôt grande pour son âge, sa physionomie est vive, mais sournoise. Voici l'exposé des motifs qui ont nécessité son admission: La mère a 38 ans, elle s'occupe de son ménage, elle a trois garçons à éle-

ver et il lui est impossible de garder sa fille dont elle nous retrace l'histoire.

1° L'enfant a été à l'école à l'âge de 4 ans, elle a été rendue au bout de peu de temps à sa mère, car elle ne tenait pas en place, grimpait partout, et on avait peur qu'elle se tue.

2° Placée chez les Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul pendant quatre mois, a été rendue parce qu'elle était méchante, elle déchirait les effets de ses compagnes ; s'emparant de porte-plumes elle cherchait à les piquer, elle avait à ce moment 6 ans.

3° Placée dans un pensionnat, elle ne reste qu'un an. Seule la directrice pouvait la faire obéir, elle était constamment hors de sa place, se dérangeait pour aller donner des coups de poing aux autres petites filles. Retirée par sa mère qui la replace chez les Sœurs pour préparer sa première communion.

4° Disputes continuelles, frappe ses camarades. Rendue au bout de quinze jours.

5° Replacée dans un autre pensionnat laïque, elle y reste quatre jours, « il faut une personne exprès pour la surveiller, elle ne peut tenir en place, touche à tout, grimpe partout. »

6° Placée dans une nouvelle école, elle n'y reste encore que quinze jours. En plus de son instabilité, on remarque qu'elle devient très grossière, les mots : « vache, merde, charogne, putain, nom de D... » lui sont familiers. Sa mère s'étonne et se demande où elle peut apprendre ce vocabulaire, car l'enfant ne sort jamais seule.

7° Entre dans une institution, y reste trois semaines, est rendue parce qu'elle était « pénible », et qu'il était impossible de la garder avec les autres.

8° Replacée pour la huitième fois dans une école, elle est encore rendue au bout de quinze jours, la directrice fait remarquer à la mère que l'enfant est malade, elle est trop remuante, elle pourrait apprendre mais n'apporte aucune attention, il n'y a pas moyen de la tenir en place. De plus elle est méchante et menteuse, elle crache sur elle, se mord et vient ensuite accuser ses camarades.

9° La mère fait une dernière tentative, et l'enfant lui est ramenée le quatrième jour avec le conseil de la faire soigner : elle distrait les autres, fait des grimaces, dérange toute la classe, se cache sous les tables, tire ses camarades par les pieds, en un mot elle est intenable.

La mère essaya de la garder chez elle environ dix-huit mois. Pendant cette dernière année, elle aidait sa mère dans les commissions, mais si elle rencontrait sur son chemin des enfants elle les battait, leur tirait les cheveux, volait les rubans des petites filles. Si un sergent de ville lui faisait des observations elle répondait des grossièretés.

La mère ne l'a jamais surprise se livrant à l'onanisme, mais elle restait toujours très longtemps aux cabinets et il lui arrivait de parler seule ; sur la remarque qui lui en était faite elle répondait : « j'ai la diarrhée », et au sujet de ses réflexions : « je pensais à des petites filles qui m'ont disputée ».

Depuis son séjour à la Fondation (environ trois mois), l'état de l'enfant est resté sensiblement le même, peut-être les violentes colères qu'elle avait au début sont-elles atténuées, mais au point de vue de la méchanceté il n'y a guère d'amélioration. Ainsi elle essaie de faire manger des mouches à une idiote qui porte à sa bouche tout ce qu'on lui présente ; elle donne des coups de pieds aux plus faibles. Enfin elle emmène des enfants plus petites dans les cabinets leur dit « que les enfants poussent dans le ventre des femmes, et relève ses jupes ».

Il est incontestable qu'une enfant de ce genre ne peut pas être élevée au milieu de ses frères et sœurs, auxquels elle ne peut que nuire ; d'autre part son instabilité est telle qu'on la renvoie de toutes les écoles qu'elle essaie de fréquenter. La nécessité d'assistance se dégage nettement de cette observation. On peut espérer tirer du traitement spécial quelque amélioration car l'enfant se rend compte qu'elle fait mal, elle est très sournoise et cherche à se cacher pour donner des coups de pied elle n'est donc pas dépourvue d'un certain jugement.

V. — Imbécillité prononcée, fugues, impulsions génitales. De la nécessité d'assistance. Tribulations d'une famille.

Mme Sabat... se présente à la consultation de la Fondation Vallée, le jeudi 13 juin, avec sa fille âgée de 14 ans. L'enfant est forte et paraît plus âgée. La mère demande quelles sont les démarches nécessaires pour faire transformer une demande de placement volontaire faite par elle depuis plus de trois mois, en placement d'office.

Elle nous donne en même temps l'exposé des motifs justifiant sa demande : L'enfant a eu des convulsions vers l'âge de 2 ans 1/2 jusque vers 5 ans 1/2. A 4 ans elle commence à aller à l'asile, elle était déjà désagréable, il lui arrivait de quitter l'asile et d'aller se promener dans les champs. A 6 ans, elle entre à l'école communale, la maîtresse la trouve extrêmement excitée, très batailleuse avec les autres, on l'appelle « la folle ». Au point de vue scolaire, elle ne semblait ne rien com-

prendre à ce qu'on lui montrait, elle est d'ailleurs à peu près nulle en instruction, elle sait à peine lire et écrire. On a voulu maintes fois la rendre à sa famille. Cette enfant s'est toujours sauvée, on n'a jamais pu la tenir enfermée à la maison sans une surveillance continuelle. On a essayé de la placer en apprentissage trois fois ; elle est rentrée le soir même, sous le prétexte qu'elle ne pouvait rien apprendre. Au mois de février de cette année, sa mère tente de la placer dans une fabrique de stores, elle aura quelques petites voisines pour compagnes d'atelier et sera ainsi surveillée, au bout du troisième jour, l'enfant ne rentre qu'à 8 heures du soir à la maison, les cheveux en désordre, les yeux hagards, des excréments après sa robe, « comme si elle avait été roulée sur le chemin », dit la mère. Interrogée l'enfant ne répond pas, pleure, et finit le lendemain par avouer qu'elle avait suivi quelqu'un. C'était un jeune homme de 19 ans qui l'avait entraînée ; il lui avait simplement dit : « Viens » et l'enfant avait suivi. D'ailleurs, ajoute la mère, elle n'a aucune volonté, tout lui semble naturel, elle suivra n'importe qui. A la suite de cette fugue, elle fut visitée par un médecin qui pût constater qu'elle n'était pas défloree. Les parents étant, par leur travail, dans l'impossibilité de surveiller l'enfant, font des démarches pour la faire placer dans un asile spécial. Elle est inscrite à Sainte-Anne vers le commencement de mars, avec le certificat suivant du Dr Charpentier : « *Est atteinte d'idiotie consécutive à des convulsions infantiles, ne sait pas compter, est incapable d'apprendre un métier. Cette forme de folie nécessite une surveillance, une éducation, un traitement qui ne peuvent lui être donnés dans sa famille et nécessite son admission dans un asile spécial.* »

Trois mois se passent, et le tour de placement n'arrive pas. Pendant ce temps, l'enfant continue à s'échapper de la maison dès qu'elle reste seule. On ne sait pas où elle va, et l'on craint toujours quelle ne revienne défloree. D'autre part elle monte sur les meubles, sur la fenêtre au risque de tomber dans la rue ; dernièrement sa mère la surprend jouant avec des allumettes. C'est alors qu'elle se décide à faire transformer sa demande de placement volontaire, en placement d'office. A cet effet elle se rend à la mairie, et demande au maire la marche à suivre. Le maire répond qu'étant inscrite à Sainte-Anne, il n'y a plus qu'à attendre. — Mais il est impossible de garder cette enfant, elle se sauve constamment. — Vous n'avez qu'à ne pas la quitter d'une minute. — Mais je travaille hors de chez moi, ajoute la mère. — Le magistrat répond que si on écoutait tout le monde, on se débarrasserait de tous les enfants, que cette fille internée, va être soumise au régime des folles, et qu'elle ne l'est pas, et devant l'insistance de la mère, il ajoute : « Faites comme bon vous semblera, faites la examiner par un aliéniste ». C'est alors que se présenta Mme Sabat..., à la consultation du 13 juin. Elle

reçut le conseil de faire transformer au plus vite le placement volontaire en placement d'office, pour cela, elle devait aller retrouver le Dr Charpentier qui ajouterait quelques mots à la date du jour, sur le certificat périmé du mois de mars. Ensuite, avec deux témoins, elle se présenterait devant le commissaire de police du quartier, et lui demanderait un réquisitoire. Ce réquisitoire semblait d'autant plus facile à obtenir, que le commissaire avait été saisi par les parents de l'enfant d'une plainte en tentative de viol. Le lendemain la mère accompagnée de l'enfant se rend à la Salpêtrière (3e journée perdue) et fait ajouter sur le premier certificat les lignes suivantes : *l'état de la malade est le même qu'à la date du 4 mars et nécessite les mêmes moyens d'hospitalisation.* Arrivée chez le commissaire, avec l'enfant et deux témoins, le magistrat refuse de faire le réquisitoire, car, à son avis, le certificat n'est pas suffisamment explicite, il est trop ancien comme date, et on ne peut tenir compte de cette annotation. Il donnait le conseil de faire faire sur papier timbré, un certificat par un médecin du quartier.

La mère revient à la Fondation reprendre conseil (4e journée perdue). Voulant nous documenter par nous-mêmes, nous nous rendîmes au commissariat. Là il nous fut répondu que depuis quelque temps les commissaires hésitaient beaucoup à conclure à l'internement d'un malade ; l'un d'eux ayant été dernièrement, à Paris, l'objet d'une demande reconventionnelle, ils prenaient désormais la précaution de ne délivrer leur réquisitoire que lorsque le certificat du médecin portait les mots : *doit être enfermé dans un asile d'aliénés* ; d'autre part l'enfant qui nous occupe n'est pas *dangereuse* pour autrui. Nous fîmes remarquer que les mots *asile spécial* équivalaient aux mots *asile d'aliénés*, et que si l'enfant n'avait été jusqu'à ce moment *dangereuse* pour autrui, elle l'était pour *elle-même*, par sa propre inconscience et ses fugues. La mère revint alors au commissariat avec ses deux témoins, et malgré notre intervention, elle ne pût obtenir le réquisitoire, que le lendemain (5e journée perdue) et en *fournissant un nouveau certificat d'un médecin du quartier* (coût : 5 fr. 60). Il fallut ensuite conduire l'enfant au Dépôt, l'aller voir le lendemain à Sainte-Anne, le surlendemain à la Fondation où on l'avait envoyée.

Il semble que cette observation toute récente, démontre à quel point le placement d'office est soumis à la plus ou moins bonne volonté d'un commissaire de police. Mais elle implique surtout la nécessité de faciliter aux travailleurs qui n'ont pas de temps à perdre l'assistance de leurs enfants devenus dangereux. Et si le Conseil général n'avait pas en 1896 supprimé le *placement direct*,

cette mère de famille n'aurait pas perdu tant de temps, sans compter les frais de déplacement.

VI. — Idiotie, perversions multiples des instincts, pyromanie, clastomanie. — Nécessité d'assistance.

Crev..., Henri, âgé de 11 ans 1/2 est amené à la consultation du Dr Bourneville ; voici l'histoire sommaire du malade. — *Père*, 37 ans, jardinier, bonne santé, sobre. *Mère*, 35 ans, ménagère, bien portante. Pas de consanguinité. *Enfants* au nombre de quatre : 1° le malade ; 2° un garçon mort à neuf mois de melena en 4 jours ; 3° une fille âgée de 3 ans, pas de convulsions, intelligente, cause mieux que son frère ; 4° une fille morte à 2 mois de choléra infantile.

Conception, rien de particulier ; grossesse, bonne, pas de vomissements, pas de persistance des règles. Accouchement avant terme (8 mois et 1 semaine), rapide « tout d'un coup », sommet. L'enfant était *bleu*, on a dû lui ouvrir la bouche pour le faire crier. Elevé au sein par sa mère, jusqu'à 13 mois ; vers 8 mois il semble avoir eu « comme des menaces de convulsions », il est devenu tout noir pendant 3/4 d'heure, il hoquetait et a vomi, puis tous les phénomènes ont disparu et ne se sont jamais renouvelés. Première dent à 13 mois, les grosses d'abord, les petites ensuite ; marche à 20 mois, mouvements très lents ; parole à 2 ans, faisait auparavant comprendre par gestes qu'il avait soif. Vers l'âge de 20 mois avait été en garde, chez une concierge qui lui faisait prendre du café, des liqueurs ; à cette époque, il ne dormait pas et était très énervé (alcoolisme). L'enfant, comme on le verra, a été impossible à élever, il a fait un séjour à Vaucluse, mais en a été retiré parce qu'il avait le corps couvert d'ecchymoses, les parents ont préféré le reprendre plutôt que de se plaindre. Un infirmier leur avait déclaré qu'il n'y avait rien à en faire. A l'heure actuelle les parents ne peuvent plus garder cet enfant qui devient dangereux pour lui-même et pour les autres. A l'école on l'appelle « le fou », on lui fait des misères, dire des bêtises, chanter des saletés ; ses camarades le battent, on lui donne coups de pieds, coups de poings, il se laisse faire, il lui arrive rarement d'attaquer. Dernièrement on a voulu lui faire manger des excréments. Pas de kleptomanie, mais clastomanie très prononcée, il casse tout ce qui lui tombe sous la main ; a pris la montre de son père, en a cassé le verre et tordu les aiguilles. Il déchire aussi ses vêtements. Pisse au lit toutes les nuits, il lui arrive même parfois de déféquer sous lui et le jour et la nuit. Il a des colères violentes dans lesquelles, il égratigne sa sœur âgée de 3 ans, il la mord, se mord ensuite les mains, se donne

des claques sur la figure *tant qu'il peut*, se roule par terre, casse ou déchire ce qu'il peut atteindre.

Ces colères sont répétées, le matin même de la consultation il en avait eu trois ou quatre ; il vient dire ensuite qu'il ne recommencera plus. Il n'est pas gourmand, un peu coplolarique, dit quelquefois des grossièretés à sa mère; quand son père le gronde, c'est à sa mère qu'il s'en prend. Onanisme de temps à autre. Pas d'onychophagie, mais a la manie d'émettre des rots. Parfois céphalalgies. Sa dentition est mauvaise, il ne sait pas manger son pain avec sa viande. « Il a moins d'idées que sa sœur de 3 ans. Il a mis une fois le feu à la maison, on s'en est aperçu à temps, ajoutent les parents. »

Au point de vue intellectuel son arriération est très prononcée, il est d'ailleurs très paresseux. Cependant quand on s'occupe de lui, par des récits historiques, il semble s'intéresser, et il a de la mémoire, car il rectifie, si on ne lui raconte pas l'histoire de la même façon.

En résumé : « Il nous fait des tours pendables, toutes les sottises possibles, tire les sonnettes, bat constamment sa petite sœur, tire les saucisses du charcutier, flâne dans les rues, arrête les gens qu'il ne connaît pas pour leur causer, arrive en retard à l'école, où les autres enfants le taquinent, le frappent, en font un souffre-douleur. Les maîtres le punissent, le mettent au piquet. Avant-hier il a mis le feu à la boîte à ordures. »

VII. — Instabilité mentale, fugues répétées. — Nécessité d'assistance.

Bo..., Jean, âgé de 14 ans et demi, est amené à la consultation de la Fondation, par son père dans l'espoir qu'on *pourrait admettre l'enfant de suite à Bicêtre.* — L'enfant n'a jamais eu de convulsions, on ne relève dans ses antécédents morbides, qu'une fièvre muqueuse à l'âge de 7 ans. Jusqu'à 9 ans l'enfant est un écolier parfait et rapporte toujours la croix d'honneur. A partir du cours moyen, il n'a plus que de mauvaises notes, il est étourdi, paresseux et ne prête plus aucune attention. Il sort de l'école à 13 ans et son père essaie de se faire aider par lui dans son état de plombier, mais l'enfant reste absolument inattentif. Un jour, il laisse un billet adressé à son père : « Je suis assez grand pour vivre seul, je ne veux pas être à votre charge, j'emporte cinq francs que je vous rembourserai plus tard », et il part emportant avec lui son chat enfermé dans son panier d'école. Arrêté le même soir, par la gendarmerie il est ramené chez lui. Placé dans une maison de soieries pour faire les courses, il y reste environ deux mois, on était assez satisfait de lui, mais il lui arrivait fréquemment de garder les lettres qu'on lui don-

nait pour mettre à la poste et il allait flâner. Replacé dans une autre maison, il visitait les musées et les monuments. Il entre dans une troisième maison, (il est convenu avec le père, que l'enfant ne sortira pas de l'atelier), mais le représentant de la maison l'emmenait avec lui et l'enfant n'apprenant rien on le retire pour le placer dans un magasin d'équipements militaires. On semblait assez satisfait de lui, lorsqu'il part subitement en Angleterre après avoir soustrait 48 francs (montant de son salaire, qui avait été la veille, sans qu'il le sache, versé à son père.) Il visite Lille, Bruxelles, Ostende, Douvres. Là, introduit dans un Hork-house, il y fut gardé pendant un mois, puis fut rendu par les soins de la police, à sa famille. Soigné chez lui, il fait encore deux fugues, l'une de 48 heures, l'autre de 24. Il se sauve, rue du Croissant et cherche à vendre des journaux. Entre temps il avait cherché une place, et entre dans une bijouterie, comme *tri-porteur*. Après quatre jours, il dit à l'une des deux patronnes, que son père le réclame, à l'autre qu'il a trouvé une place plus avantageuse, à son père qu'il a été remercié. Il prétend avoir retrouvé encore une nouvelle place de triporteur, disparaît pendant trois jours du domicile paternel, et est aperçu au bout de ce temps, sortant de chez le boulanger de ses parents et se dirigeant, une miche sous le bras, vers les Halles. Son père fait alors les démarches nécessaires pour le placer. *Nous avons fait comme comme pour un hôpital ordinaire*, nous dit ce père de famille, mais son odyssée rappelle celle de l'observation IV. Le père va tout d'abord à la consultation de la Salpêtrière, demande son admission, mais on le soignera dit-on à la consultation externe. Après les quatre fugues de l'enfant, le père fait venir le médecin du bureau de bienfaisance, qui lui délivre un billet de transfert à l'hôpital, mais avec l'annotation suivante : « Il y aurait lieu de faire des démarches pour le faire entrer à l'école Lepelletier de Saint-Fargeau. » Les ambulances viennent mais refusent d'emmener l'enfant, le certificat n'étant pas assez explicite. Renvoyé une seconde fois chez le médecin, celui-ci (et c'est un ancien interne du service des Enfants de Bicêtre !!!. » écrit au médecin du bureau de bienfaisance en l'adressant à une société de patronage familial. Au moment d'y entrer l'enfant fait une cinquième fugue ; le père retourne alors au bureau de bienfaisance et le médecin donne un nouveau billet de transfert à l'hôpital, avec cette annotation : à transporter à l'hospice de Bicêtre. Le père se rend au commissariat pour faire téléphoner aux ambulances, personne n'est venu. Le lendemain, M. Bo... va lui-même aux ambulances, qui prétendent ne pas avoir été prévenues la veille. Les ambulances renvoient le père et l'enfant à l'administration générale. « Là on m'a renvoyé dans un bureau 11, qui m'a renvoyé au bureau 16, où l'on m'a déclaré que ce cas ne regardait pas l'Assistance publique et

que je devais aller à l'annexe de l'Hôtel de Ville. » A l'annexe, on lui remet la feuille des placements volontaires. Le certificat d'admission lui est refusé au *bureau de bienfaisance* par le même médecin qui deux fois a délivré des billets de transfert à l'hôpital, « il faut pour, cela venir chez moi, et me donner cinq francs. ». Ne pouvant verser cette somme, le père fut adressé par une dame patronnesse au docteur Bourneville qui gratuitement délivre le certificat et conseille le placement d'office.

On voit encore par cette observation combien les formalités à remplir pour l'assistance même urgente des enfants arriérés est longue, pénible et coûteuse.

VIII. — Imbécillité, turbulence. — Nécessité d'assistance.

L'enfant Tiss..., Germaine, âgée de 8 ans, est amenée par son père à la consultation du jeudi, à la Fondation Vallée. Sa turbulence, son agitation incessante la rendent dangereuse; en effet, elle monte sur tous les meubles, sur la fenêtre, au risque de tomber, elle touche à tout, elle n'a aucune conscience du danger. *Les parents peu fortunés ne peuvent exercer une surveillance continuelle,* ils ont besoin de travailler et il leur est impossible de laisser l'enfant seule ; d'autre part, ils sont dans l'impossibilité de payer une garde; enfin, l'*enfant a besoin d'être traitée*. Nous conseillons le placement d'office.

IX. — Nécessité des Patronages

Pai..., Louis, âgé de 41 ans, relieur, entré le 16 décembre 1897, à la 1re section d'aliénés de Bicêtre, (il avait été interné une première fois de juin 1887 à janvier 1901) dans le service de M. le Dr Séglas, avec le certificat suivant : « *Dégénérescence mentale avec accès intermittents d'agitation maniaque; nombreux séjours dans les asiles d'aliénés.* » Le 17 juin 1899 il est transféré à Ville-Evrard et en est sorti en juin 1902.

— Le 25 août 1903, il est condamné à Toulon à 15 jours d'emprisonnement pour vagabondage.

— Le 18 janvier 1904, il est hospitalisé dans la maison départementale de Nanterre, où il donne des signes d'aliénation mentale. Examiné le 22 par M. le Dr Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, qui ne le reconnaît pas aliéné, mais déclare que c'est un déséquilibré sujet à des accès de surexcitation, surtout aux périodes où, dénué de

ressources, il s'aigrit et où il entame alors une campagne de protestations, se présentant comme une victime de la Société.

— Le 8 mars 1904, hospitalisé *de nouveau* à Nanterre. Examiné le 15 par M. le Dr Garnier, qui pour la deuxième fois, ne le reconnaît pas aliéné. « Pai..., dit-il, est un déséquilibré excitable raisonneur, versant aisément dans des récriminations violentes, avec tendances aux idées de persécution. Au cours d'éphémères accès, il déclame, est turbulent, se rend insupportable partout. Tel qu'il est aujourd'hui, il ne serait plus gardé dans un asile d'aliénés. Il *demande un secours* qu'on pourrait peut-être lui accorder. Pai..., est un de ces hommes que la misère exaspère et jette, par leur prédisposition, hors de leurs gonds. »

— Le 5 mai 1904, rentre à Bicêtre avec le certificat suivant : *Dégénérescence mentale avec idées de persécution. Délire interprétatif faisant de lui-même, surtout par excès provoqués en partie par la misère, un persécuté persécuteur, émettant des récriminations violentes, menaçant les uns et les autres de procès retentissants. Il avait récemment affirmé qu'il abandonnait ses revendications extravagantes et c'est en présence de cette attitude que son envoi à Nanterre avait été décidé.* Le malade proteste énergiquement contre son internement à Bicêtre, et de propos délibéré, il trouble le service, pour ne pas être maintenu dans cet hospice où il a fait un séjour de 2 années.

Transféré au quartier de la Sûreté, il continue à provoquer des plaintes incessantes de la part des malades et du personnel, dont il s'acharne à troubler le repos, dans le but avoué de se rendre insupportable. M. le Dr Séglas demande d'urgence son transfert dans un autre établissement. Le directeur des affaires départementales répond qu'il résulte de l'examen du dossier que ce malade a été successivement traité dans *tous* les asiles de la Seine et dans deux asiles de province. Rien n'autorise à penser que le passage du malade dans un autre établissement soit de nature à exercer une influence sur son état mental. Le 6 juillet 1904, M. le Dr Séglas délivre le certificat de situation suivant : *Déséquilibré raisonnant avec bouffées éphémères d'excitation intellectuelle simple sans réactions motrices et provoquées en grande partie par la misère. A la suite de mon dernier certificat signalant le désordre apporté* volontairement *dans le service par ce malade pour se rendre insupportable à Bicêtre, il a brusquement*, et de lui-même, *changé sa ligne de conduite déclarant qu'il avait pris le parti de rester calme. Et de fait, cette attitude ne s'est pas démentie depuis lors. Ceci me conduit à penser que* Pai... *se manifestant aujourd'hui comme un simple déséquilibré n'est plus dans un état mental tel qu'il puisse être maintenu dans un asile d'aliénés.* — Il sort le 22 novembre 1904.

— Le 10 avril 1906, entre une troisième fois à Bicêtre, dans le service de M. le Dr Ph. Chaslin, qui ne le reconnaît pas atteint des troubles mentaux que l'on soigne dans les asiles. *C'est un vagabond, un parasite de la Société et un pilier d'asiles, qui relève de la thérapeutique pénitentiaire quand il commet une infraction à la loi, ne peut être maintenu.* Pendant la quinzaine, Pai... réclame énergiquement contre son internement et fait du bruit pendant plusieurs jours pour obtenir sa sortie. M. le Dr Chaslin lui ayant fait observer que le meilleur moyen était de rester calme, Pai... s'est immédiatement tenu convenablement ; il sort le 27 avril 1906.

Le 27 août 1906, Pai... rentre une quatrième fois à Bicêtre, toujours en excitation contre la Société, *C'est un individu asocial qui devrait pouvoir être interné dans un asile de débiles buveurs*, déclare le Dr de Clérambeault, à l'infirmerie du dépôt. Sa conduite à Bicêtre est toujours la même : bruit et protestations pendant les premiers jours, puis Pai... calme quand on lui fait observer qu'il emploie un mauvais système.

A la quinzaine (22 août), M. le Dr Chaslin demande à Pai... — Que vais-je faire de vous, que vais-je dire sur mon certificat ? Et Pai... répond avec naturel : *Dites*, Pai... *est un détraqué qui n'est pas aliéné et qu'on doit mettre en prison quand il enfreint les lois.* M. le Dr Chaslin conclut à sa mise en liberté, et le 23 août, Pai... adresse à M. le Préfet de la Seine, une demande de mise en liberté, et assure M. le Dr Chaslin « de son profond regret et de toute sa reconnaissance, il le supplie d'oublier sa conduite et de bien vouloir recommander sa demande à la bienveillance de M. le Préfet ».

Il est sorti de Bicêtre le 5 septembre 1906.

Il est incontestable que si ce malheureux avait été à sa sortie de l'asile, protégé par un patronage qui lui eût procuré du travail et eût pu lui venir en aide, il se serait peut-être réhabilité. Les nombreux certificats d'internement qu'il possède, ne lui ouvrent pas facilement la porte des ateliers, il en est réduit à se faire camelot, et dans les jours de détresse, sous l'influence d'un verre de vin et d'un estomac vide, l'excitation réapparaît.

X. — Sur l'utilité des secours à domicile.

Lasc..., Gabrielle, née le 15 mai 1889, entrée à la Fondation le 22 janvier 1903, avec le certificat : *atteinte de débilité mentale avec chorée*. Cette enfant qui à son entrée pouvait être rangée dans la catégorie des *imbéciles prononcés*, a fait pendant son séjour à la Fondation

quelques progrès. Elle a appris à écrire et lit presque couramment alors que son instruction était absolument nulle lorsqu'elle est entrée. A la suite de sa chorée, elle est devenue épileptique, ses accès sont peu fréquents, elle n'en a plus depuis 2 ans, et la maladie ne semble pas avoir influencé sur son état intellectuel. Son caractère est paisible, calme, docile, et l'enfant serait capable à la rigueur de rendre quelques services. Mise en congé d'essai et travaillant au lavoir avec sa mère qui est blanchisseuse, elle est capable, suivant la mère, de gagner 50 centimes par jour. La mère déclare que si elle touchait un secours de 1 franc par jour, avec le gain journalier de l'enfant, elle pourrait la garder chez elle. Comme les enfants reviennent à la Fondation Vallée au prix de 2 fr. 20 par jour, si l'on instituait les *secours à domicile*, réclamés depuis si longtemps par M. le Dr Bourneville, le département ferait une économie de 1 fr. 20 par jour, et pourrait ainsi assister dans une certaine mesure un plus grand nombre de malheureux.

Ajoutons que beaucoup de parents, aidés dans cette simple mesure, seraient en état de reprendre leurs enfants améliorées.

XI. — Imbécillité prononcée avec épilepsie ; guérison, mariage.

Vel... Henriette, née le 9 août 1885 à Bagnolet ; placée aux Enfants-assistés à l'âge de 15 mois, envoyée en nourrice à Saint-Germain-des-Champs (Yonne) ; rentrée aux Enfants-assistés et de là envoyée à la Fondation Vallée, en août 1893, avec le certificat suivant : *est atteinte d'imbécillité prononcée avec épilepsie.*

A son entrée, cette enfant ne savait ni lire, ni compter, elle pouvait copier quelques lignes sans se rendre compte de ce qu'elle écrivait. Elle possédait une certaine mémoire pour les choses usuelles et les locaux, par contre elle avait beaucoup de difficultés pour retenir les leçons les plus élémentaires, et semblait n'avoir aucune aptitude pour l'instruction. Son caractère laissait beaucoup à désirer ; très susceptible, turbulente, extravagante et taquine au suprême degré, elle était toujours portée à faire ce qui était défendu et ne tenait aucun compte des observations. De plus elle avait une tendance très marquée à l'onanisme et quoique propre, on n'attendait de cette enfant qu'une amélioration fort médiocre. Ses accès et ses vertiges étaient nombreux. Voici le relevé de ses crises pendant son séjour à la Fondation (1).

(1) L'enfant avait été soumise dès son entrée à l'hydrothérapie qui a été arrêtée pendant les hivers. Elle a pris par jour de 1 à 6 *capsules de bromure de camphre*, sans élixir polybromuré, *les vertiges ont diminué* et les

ÉPILEPSIE	ACCÈS	VERTIGES
De août à décembre 1893.	45	4
Année 1894.....	68	130
— 1895.....	130	91
— 1896.....	73	164
— 1897.....	9	0
— 1898.....	3	0
— 1899.....	0	0
— 1900 à 1907.....	0	0

Comme on peut le voir, à partir de 1895, c'est-à-dire à dix ans, époque à laquelle l'enfant avait atteint le maximum de ses crises, elle n'a cessé de s'améliorer sous le rapport de l'épilepsie, jusqu'en 1898 où l'on ne relève plus que trois accès dans le courant du mois de juin (les derniers accès datant de quatorze mois). A partir de ce moment l'enfant se développe physiquement, surtout de 1901 à 1902, sa taille varie de $1^{m}42$ à $1^{m}50$. Elle est réglée pour la première fois le 9 mai 1902, et depuis très régulièrement. Ici nous retraçons les notes prises sur l'enfant pendant l'année, c'est-à-dire à l'âge de seize ans : VEL..., a appris à lire couramment, donne à la lecture une bonne intonation, son écriture quoique peu régulière est néanmoins très lisible ; elle suit des dictées du cours moyen, son orthographe est encore défectueuse, elle n'est pas encore capable de rédiger une lettre ; elle connaît les trois premières opérations de l'arithmétique, en comprend l'application et fait quelques petits problèmes. Elle a quelques notions sur l'histoire et la géographie ; elle travaille bien au dessin. L'enfant a néanmoins peu de facilité pour la classe et ce n'est qu'à force de travail qu'elle a pu réaliser ces progrès. Par contre, elle se plaît aux soins du ménage et aux ouvrages manuels, là elle est vraiment dans son élément.

Actuellement elle fait le ménage comme une grande personne avec beaucoup d'adresse et d'agilité. Elle est une des plus avancées pour la couture et le repassage. A son arrivée elle ne savait pas tenir une aiguille, elle a appris à marquer, à faire de la dentelle, et elle est très alerte dans tout ce qu'elle fait. Le caractère s'est également transformé, l'enfant est beaucoup plus calme ; très travailleuse de son naturel, elle aime à se rendre utile en tout et partout.

accès augmenté (1895). A partir de ce moment on a ajouté au traitement six cuillerées d'élixir. Les capsules ont été supprimées en 1899, et l'élixir en 1900. L'observation suivante (guérison de vertiges épileptiques) montre également, l'influence excellente du bromure de camphe sur les vertiges épileptiques. Le Dr BOURNEVILLE l'a maintes fois démontré dans les *Comptes rendus de Bicêtre*.

A cette époque on remarque chez elle un sentiment très délicat et bien rare chez nos malades : la reconnaissance. Se rappelant vaguement de la demeure de ses parents nourriciers, qui lui avaient recommandé de leur écrire, elle envoie une lettre à cette adresse : M. le Garde-champêtre à Saint-Germain-des-Champs (Yonne). Après de multiples détours, cette lettre est parvenue à son destinataire. L'enfant commençait à désespérer quand arriva la réponse, elle embrassa la lettre, versa des larmes de joie, ne sachant comment exprimer son bonheur : « Oh ! dit-elle, je les aimais bien, ils étaient si bons pour moi, et moi j'étais toujours malade et quelquefois méchante, je leur donnais beaucoup de peine, je leur écrirai souvent ». Elle a tenu parole.

1902. — L'enfant continue à se développer physiquement et intellectuellement, elle devient très courageuse, très propre et très active ; aucun accident nerveux à signaler depuis juin 1898.

1903. — L'enfant ayant de réelles dispositions pour les soins domestiques, elle fut placée à titre d'essai par la surveillante du service, comme petite bonne, chez Mme M..., directrice d'école à proximité de la Fondation. Le 7 juin, les maîtres partant à la campagne pour deux mois, l'enfant rentre à la Fondation. On n'a eu qu'à se louer de ses services, et on espère la reprendre à la rentrée des classes. Vel..., est très affectée de rester deux ou trois mois sans rien gagner, d'autre part elle ne tient pas à retourner chez Mme M..., qui se montre fort exigente et ne semble pas avoir les égards voulus pour ses jeunes domestiques. Or, non loin de là Fondation, route de l'Hay, une dame a besoin d'une petite bonne, elle offre 15 francs par mois. Certaines de la parfaite honorabilité de leur voisine, la surveillante et l'institutriee qui s'intéressent vivement à l'avenir de leur petite pensionnaire, acceptent de donner l'enfant qui rentre dans sa nouvelle place le 5 juillet 1903. On n'a depuis reçu que des compliments de Vel..., sa maîtresse déclare qu'elle est très travailleuse et très propre, très vive dans tout ce qu'elle fait. Elle est maintenant au courant de tout ce qui se passe dans un intérieur : soins du ménage, cuisine, lavage, repassage, voire même couture, car sa maîtresse a une entreprise de gilets et l'enfant est initiée à ce métier, En un mot on est très satisfait des services rendus.

Les accidents épileptiques n'ont pas reparu, l'enfant s'est parfaitement développée au point de vue physique, elle a grandi, sa santé est florissante.

1904. — Le 24 mai, Vel.,., vient à la Fondation, elle désire quitter sa place, non pas qu'elle ait à se plaindre de ses maîtres, au contraire, mais, dit-elle, « c'est une place pour une jeune fillette, je peux gagner davantage ailleurs. » Elle ne reçoit en effet que 15 francs par mois.

Ayant elle-même trouvé une autre place, à Gentilly, chez une commerçante (épicerie, vins, restaurant) elle demande à ses deux protectrices, la surveillante et l'institutrice du service, l'autorisation de donner ses huit jours. Elle gagnera de 25 à 30 francs par mois, chez ses nouveaux maîtres, et le gain semble sourire à la jeune fille.

Elle entre dans sa nouvelle place, le 1er août 1904, et y reste deux ans. Là encore, on ne reçoit que des compliments de notre ancienne malade. Comme elle a atteint sa vingt-et-unième année, on signe sa sortie définitive de la Fondation en août 1906, en même temps elle ne compte plus aux Enfants-assistés.

Pendant ces deux années de service, elle est parvenue à confectionner son trousseau petit à petit. Elle a pu placer 400 francs, à la Caisse d'Epargne.

Elle a quitté sa place le 1er octobre 1906 pour se marier le 24 avec un ouvrier corroyeur qui prenait ses repas dans le petit restaurant où elle servait. Ce jeune homme avait pu juger par lui-même des qualités de notre jeune fille. Propre, laborieuse, docile avec ses patrons, ayant toujours un doux sourire et un mot aimable pour tous, il n'hésite pas à la demander en mariage, et à persister dans son projet, malgré qu'il ait été prévenu par elle-même de sa situation et de sa maladie antérieure. La délicatesse de ce sentiment, cette franchise fait le plus grand honneur à l'enfant. Henriette accourt aussitôt à la Fondation prévenir de sa demande en mariage les surveillantes qui l'ont élevée, comme elle aurait prévenu sa propre famille. Les renseignements pris sur le jeune homme étant excellents, on lui conseille de hâter son mariage. Elle quitte sa patronne trois semaines avant. Elle se rend de suite à la Fondation près de celles qui lui ont toujours témoigné de l'affection et en reçoit le plus bienveillant accueil. La surveillante la loge, l'institutrice la nourrit, toutes deux la gardent jusqu'au matin même de son mariage. Pendant ces trois semaines, la jeune fille déploie une activité incessante pour faire toutes les démarches et obtenir les pièces officielles nécessaires (extrait de naissance, publication des bans, location du futur logement, etc.), elle s'occupe de tout afin que son fiancé ne perde pas une journée de travail.

Revenant de la mairie de Bagnolet où elle était allée chercher son extrait de naissance, la malheureuse enfant était navrante : » Je n'ai même pas été reconnue par ma mère, disait-elle, elle avait 32 ans quand elle m'a mise au monde et elle m'a placée aux Enfants-assistés à 15 mois ! ». Elle ne peut retrouver aucune trace, la sage femme qui l'a mise au monde et les témoins de sa naissance sont morts. « Et cependant ma mère doit être vivante, ajoute-t-elle, car les employés de la mairie n'ont eu aucun acte d'état-civil à enregistrer au nom de Vel..., depuis 1885 ».

Elle se renseigne auprès de ses parents nourriciers, avec lesquels elle a toujours entretenu une correspondance régulière. Ceux-ci ne peuvent lui fournir aucun renseignement, si ce n'est qu'elle leur fut envoyée à l'âge de 15 mois, si frêle et si chétive qu'on désespérait de la sauver; et il a fallu les bons soins de sa mère nourricière pour lui rendre la santé et la vie. Aussi l'enfant n'est-elle pas ingrate, dès qu'elle a commencé à gagner un peu d'argent, elle s'est fait un devoir de leur envoyer quelque secours; au dernier jour de l'an elle adressait un mandat de 10 francs.

La nourrice émue répondit dernièrement à la jeune fille « qu'avec cette somme elle avait acheté un *caraco*, et qu'elle ne pouvait le mettre une seule fois sans songer à l'enfant si délicate, qu'elle avait tenue si longtemps dans ses bras ». Le plus ardent désir d'Henriette est de revoir ses parents nourriciers; elle se promet d'y aller sitôt qu'elle le pourra avec son mari.

Si nous avons insisté sur ces faits de la vie d'Henriette Vel..., c'est pour montrer à quel point de perfectibilité tant morale que physique peuvent arriver des enfants qui, à leur entrée, nous sont livrés épileptique, pervers, et ne semblant avoir aucun bon sentiment.

Pendant les derniers jours qui précèdent son mariage, l'enfant remet avec ardeur et diligence ses petites affaires en état, achète le linge et les ustensiles nécessaires à son mariage. Son fiancé ayant des économies équivalentes aux siennes, ils achètent leurs meubles au comptant, un dimanche matin, afin de ne pas perdre une journée de travail. Ils vont habiter Montreuil, résidence du futur époux : tous les deux jours, Henriette part préparer son intérieur. *Pas une seule fois*, la jeune fille n'est sortie sans dire à ses protectrices le motif de sa course, et elle rentre toujours avec une parfaite exactitude.

Elle ne quitte la Fondation, que le jour de son mariage à 8 heures du matin, après avoir, non sans une certaine émotion, fait ses adieux, et adressé de chaleureux remerciements aux deux surveillantes qui l'ont si parfaitement accueillie.

Puis elle s'en va seule à la mairie de Montreuil, où l'attendaient son fiancé et les témoins. La cérémonie s'est passée dans la plus grande simplicité et le jeune ménage n'avait pas un centime de dettes.

Le dimanche qui suivit son mariage, Vel... est venue présenter son mari à ses anciennes surveillantes, et celui-ci leur exprime en son nom et en celui de sa jeune femme toute sa reconnaissance. Depuis l'Assistance publique a fait parvenir à notre ancienne pensionnaire une dot de 400 francs en qualité d'ancienne Enfant-assistée.

Henriette, toujours très travailleuse, fait des ménages dans la matinée et tout en s'occupant de son intérieur gagne environ 1 fr. 50 par jour.

La bonne entente et l'ordre le plus parfait règnent dans le jeune ménage.

*
* *

En dehors de l'intérêt médical que présente la guérison d'une épileptique, l'observation de Vel... est précieuse pour la thèse que nous soutenons. Une seule observation de ce genre justifie les soins et l'assistance de cette catégorie d'enfants anormaux. Mais qu'il me soit permis d'insister sur le point suivant. On a vu que Vel... a été placée en essai, par la surveillante et l'institutrice du service, dès qu'elle fut en état de gagner sa vie. De plus, défalquée après sa 21e année, ayant quitté sa place pour faire les préparatifs de son mariage, n'ayant aucun refuge, l'enfant est revenue spontanément à la Fondation, et reçoit de ses bienfaitrices, pendant trois semaines, l'hospitalité la plus large. J'aurai tout dit en ajoutant que le service médical n'apprit cette générosité que longtemps après le mariage de Vel...

Ce n'est donc pas seulement des soins matériels que reçoivent les enfants traités à la Fondation Vallée, mais elles sont aussi guidées, conseillées, encouragées par tout le personnel et surtout par les deux admirables femmes qui sont à la tête de cet établissement : la surveillante et l'institutrice, qui, avec le plus grand dévouement, remplacent souvent près de nos petites malades les « mamans » perdues, cherchent à les améliorer, au physique comme au moral, et à atteindre ainsi suivant leur propre expression : « *leur but le plus cher* ».

XII. — Epilepsie symptomatique, guérison ; mariage, maternité.

Du..., Rachel, née le 14 juin 1883, entrée le 27 mai 1895 à la Fondation, sortie le 5 février 1901. — Cette observation a été publiée au point de vue de la guérison de l'épilepsie par le bromure de camphre (1). Reprenons-là au point de vue social. Dur..., sortie

(1) Bourneville et Ambard. Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre, in *Compte rendu de Bicêtre* [1901], p. 3.

en 1901 de la Fondation s'est mariée avec un ouvrier en vitraux, fils de *sourds-et-muets*. En 1903, Rachel met au monde une petite fille, qui n'a présenté aucun accident nerveux. La jeune mère a affirmé que depuis son mariage, elle n'a jamais éprouvé aucune maladie nerveuse, ni accès, ni étourdissements, tout a complètement disparu : « C'est l'effet du mariage, ajoute-t-elle, malicieusement». La maternité a modifié l'insouciance de Rachel, et a assagi son caractère frivole, elle s'occupe avec un soin jaloux de son enfant, s'intéressant à ses moindres mouvements et le tenant avec une propreté méticuleuse.

1907. — Rachel est revenue à la Fondation, elle est maintenant mère de trois petites filles, qui malgré la double hérédité qui pèse sur elles, n'ont présenté, jusqu'à ce jour, d'accidents nerveux. Le ménage vit dans la plus parfaite intelligence.

XIII. — Imbécillité prononcée, excitation génitale ; guérison ; mariage ; maternité.

Per..., Mathilde, née à Marmande (Lot-et-Garonne), le 15 avril 1876, entrée à la Fondation le 13 août 1890, avec le certificat suivant : « *Est atteinte d'imbécillité ; perversions instinctives, accès d'agitation ; asymétrie faciale* ». Le *père* est mort à 52 ans, à la suite d'une congestion pulmonaire ; était sculpteur, constitution robuste, n'avait jamais été malade même enfant; d'une sobriété extrême. « Son seul défaut était la femme ; ainsi avec moi (dit la mère de la malade) il allait 3 à 4 fois par jour, sans jamais se fatiguer ». Pas nerveux, caractère égal, évitait le bruit. Le *grand-père paternel* est mort à 47 ans, gâteux, après avoir eu des tremblements et des attaques, sur le compte desquels on n'a pas de renseignements. La *grand'mère paternelle*, très robuste, est morte rhumatisante à 74 ans. Un *grand-oncle* mort vieux a eu plusieurs enfants dont une fille « complètement idiote, qui s'est fait faire des enfants par Pierre et Paul. Un *oncle* a eu beaucoup d'enfants, tous morts jeunes à la suite de convulsions dentaires. — La *mère*, 36 ans, journalière, chlorotique dans sa jeunesse surtout au moment de la puberté, a eu des accidents nerveux au moment de ses couches, attaques d'*hystérie* avec étouffements, sensation de boule, etc... Ces accidents ont débuté après l'accouchement de notre malade et ont persisté. Le *grand-père maternel* est mort à 46 ans d'une pneumonie. La *grand'mère maternelle* s'est suicidée à 46 ans, à la suite de chagrins de ménage avec son second mari. Pas de consanguinité. — *Enfants* au nombre de 7. 1° un garçon, 20 ans, mis au monde

à 7 mois, a été souvent malade de bronchite et d'entérite ; aurait eu une méningite à la suite de laquelle il serait resté idiot pendant 3 mois. Aujourd'hui son intelligence est normale ; 2° une fille, également mise au monde à 7 mois, est morte à 9 mois de cholérine ; 3° un garçon venu à 6 mois 1/2, a vécu 4 jours ; 4° notre malade ; 5° un petit garçon mort à 26 mois de cholérine ; 6° une petite fille, 5 ans, se porte bien, intelligente, elle a eu des convulsions au moment de l'apparition des dents. — La malade : à la *conception*, rien de particulier. Vers la fin de la *grossesse*, une perte violente de sang, les eaux mêmes ont été expulsées ; on a évité l'avortement, et l'accouchement a pu avoir lieu à terme, très peu de douleurs, accouchement très rapide. Pas d'asphyxie à la naissance. Allaitée au sein par la mère qui durant ce temps avait des pertes blanches. Sevrée à 11 mois. A marché à 16 mois ; à 3 ans l'enfant ne parlait pas encore, à 7 ans elle écorchait toujours les mots. Première dent à 9 mois, la dentition a été longue, mais on n'a pas observé de convulsions. Jusqu'à l'âge de 5 ans, présente de l'incontinence nocturne d'urines. Entre à l'asile, à l'âge de 3 ans, n'a jamais pu rien apprendre ; aujourd'hui, à 15 ans, elle ne peut pas lire sans épeler ; sait à peine écrire. Sa mère s'aperçut qu'elle « recherchait l'homme ». Quand des amis de son frère venaient à la maison, elle faisait du bruit pour qu'on la remarquât. Très bavarde, très cancanière, inventait des histoires qui n'avaient jamais eu lieu. Pas de mauvais instincts ; mais se faisait embrasser constamment par ses petites sœurs.

A son entrée l'état général est satisfaisant, l'enfant est bien conformée, on ne note pas de stigmates physiques de dégénérescence. Mais elle a les yeux très cernés, le teint jaune, paraît parfois abrutie, et semble obéir machinalement sans comprendre ce qu'on lui dit. On remarque que ces périodes d'abrutissement coïncident avec des excès de masturbation. L'examen génital de l'enfant permet de remarquer un clitoris découvert, mesurant un centimètre et demi, l'hymen est intact.

En 1891, moins d'onanisme, moins abrutie ; cependant toujours aussi nonchalante, elle ne travaille qu'avec une mauvaise volonté évidente. Ment constamment par plaisir, raconte et soutient des choses invraisemblables. Pas d'amélioration.

Juin 1892. — Cette enfant qu'on aurait cru voir s'améliorer un peu, au commencement de l'année, s'est à nouveau ralentie. Elle est très paresseuse et ne prend goût à rien. Toujours aussi nonchalante, mais devient coquette, se met des rubans dans les cheveux, sans cependant être raffinée, car elle oublie parfois de se débarbouiller. Elle est douce et polie avec le personnel. N'est pas méchante avec ses compagnes.

Juillet 1893. — Pas de progrès pour la classe. Bonne ouvrière pour la couture et le repassage. Les soins du ménage semblent l'intéresser, mais elle est encore nonchalante.

Juillet 1894. — Depuis un an a fait des progrès incontestables, elle travaille très bien à la couture, elle resterait constamment à la machine si on la laissait faire, elle semble y prendre goût. Le repassage est bon aussi. En somme elle a beaucoup de goût pour les travaux manuels. Elle donnerait toute satisfaction si elle s'appliquait mieux à l'école, mais de ce côté les progrès sont peu rapides, elle est encore un peu nonchalante pour le ménage. Son caractère est toujours très doux, elle est polie et prévenante avec le personnel et s'entend très bien avec ses compagnes. Elle est à cette époque âgée de 18 ans et sa mère demande sa sortie pour la marier. On demande à l'enfant si cela lui convient, elle répond : « cela m'est égal ». Elle ne semble pas manifester une très grande joie. Au point de vue de l'onanisme, dans ces dernières années, il y a une amélioration considérable.

La sortie est signée au commencement d'août.

1899. — Per... s'est mariée à 19 ans, avec un ouvrier mouleur en cuivre, camarade de son frère. Son mari est sobre, et gagne 10 francs par jour. Notre ancienne malade s'occupe de son ménage. Elle a d'abord fait une fausse-couche de six mois sans cause connue. Elle a eu un deuxième enfant, mort à sept mois de méningite et de convulsions. Une troisième fille, qui a aujourd'hui vingt mois, semble éveillée et intelligente, elle a déjà dix-huit dents.

1907. — Per... revient de temps à autre à la Fondation Vallée. Actuellement elle a un garçon et deux petites filles. Elle s'occupe très bien de son intérieur, elle sait calculer et est très prévoyante ; elle a acheté une machine à coudre et habille elle-même ses trois enfants.

A son entrée, cette enfant était une imbécile prononcée, elle était extrêmement en retard au point de vue scolaire, et elle ne pouvait rendre aucun service, de plus il semble que ses excès génitaux aient eu à cette époque une influence fâcheuse sur l'enfant qui était nonchalante et apathique. La vie en commun, l'écolage gradué, les nombreuses occupations journalières auxquelles sont soumises les petites malades de la Fondation (buanderie, repassage, couture), la gymnastique et l'hydrothérapie ont fait en quelques années de cette imbécile, une excellente mère de famille.

XIV. — Perversions intinctives et perversités multiples, arriération intellectuelle, amélioration totale ; mariage.

Let... Alfred, né à Paris, le 4 août 1879, entré à Bicêtre le 11 février 1893, avec le certificat suivant : « *Est atteint de débilité mentale, caractérisée par de la perversité morale, de l'onanisme, de la pyromanie, de la mélancolie, et que cet état nécessite son admission dans un asile spécial.* » *Père* alcoolique, *mère* morte à 32 ans de tuberculose pulmonaire, avait eu la chorée pendant l'adolescence, et ensuite de véritables crises d'hystérie. Mariage entre cousins germains. Inégalité d'âge de 4 ans, père plus âgé. Deux enfants : 1° le malade ; 2° un garçon de 11 ans 1/2, hydrocéphale, parle difficilement et ne peut rien apprendre.

Notre malade a toujours été très nerveux, on ne peut dire s'il a eu des convulsions ; il présente un tic convulsif de la face. Il ne tient pas en place et touche à tout. Il est « bizarre », il oublie ce qu'il apprend, est très inattentif, l'air toujours hagard et étonné. Il est méchant et bat les autres enfants. Dernièrement il a assommé à coups de pierres deux enfants ; il cherche querelle sans raison. Il casse des carreaux, brise des bancs. Il fait l'école buissonnière et cherche à entraîner son petit frère avec lui pour vagabonder. Placé à l'école de Saint-Nicolas il est renvoyé au bout de peu de jours, on ne pouvait le tenir en place. Kleptomane, vole tout ce qu'il peut attraper, il est renvoyé une première fois de chez un patron à cause de cela. Chez un bijoutier où il travaille, il lance de l'eau sur du plomb en fusion, manque d'aveugler les ouvriers, et se met à rire quand on lui fait des reproches. Défaisait les cartouches de son père, mettait de la poudre dans la poche de sa grand'mère. Il volait les allumettes, les enflammait, et tentait de brûler le chat. Il a fait 7 places ; partout il a été renvoyé. Il disait des sottises aux clientes, était grossier, essayait de gifler les personnes qui le réprimandait. Il se livrait à l'onanisme d'une façon effrénée et entraînait son frère à se masturber. Il est poursuivi par des idées génitales. Très indifférent à tout il ne pleure jamais et ne semble avoir aucune affection pour sa famille. Par moments l'enfant présente de véritables tics convulsifs qui cousistent en clignements brusques des yeux avec renversement de la tête en arrière. L'enfant déclare lui-même qu'il a ce tic par époques. Il reste parfois, 8, 15 jours sans bouger. Quand il cligne une ou deux fois des yeux, le tic se généralise à toute la face et s'étend même aux membres supérieurs. Malgré sa propre réaction, l'enfant ne peut l'empêcher, mais cependant il arrive à l'atténuer dans une certaine mesure.

La physionomie est intelligente, air de santé; cheveux châtains un peu clairsemés mais bien implantés. Le crâne est régulier, symétrique, ovoïde, les bosses assez saillantes. Front large et découvert, élevé, arcades sourcilières peu saillantes. Sourcils abondants, châtain foncé. Paupières normales, cils longs bien implantés. Yeux normaux, mobilité normale. Pas de lésions de la conjonctive. Iris vert-jaune clair. Pupilles égales à réaction normale. Acuité visuelle très grande. Pas de dyschromatopsie. Nez droit, bien fait, ailes minces, lobules peu volumineux, narines regardant en bas et en dehors; pas de déviation de la cloison. Odorat normal. Oreilles régulières, bien ourlées, régulièrement implantées, conque profonde, lobule plus accentué à gauche où il est détaché, plus petit à droite où il est adhérent. Ouïe normale. Bouche petite, lèvres bien faites. Arcades dentaires régulières, les dents blanches bien implantées. Langue normale. Goût normal. Palais, luette, amygdales normaux. Réflexe pharyngien un peu faible. Menton rond bien fait. Cou; circonf. 28 cent. Thorax bien constitué, respiration type abdominal; pas d'anomalie, ni de signes pathologiques du cœur ou des poumons, à la percussion et à l'auscultation. Abdomen normal. Région anale normale. Pénil glabre; verge long. 7 cent.; circonf. 7,5 cent.; testicules de la grosseur d'un œuf de merle, bourses lâches. Membres supérieurs bien constitués, aisselles glabres. Mains bien faites, ongles bien implantés. Membres inférieurs bien constitués, pieds cambrés. Sensibilité générale normale. Réflexes rotuliens très faibles. Réflexes crémastériens très nets.

Cet enfant comprend très bien tout ce qu'on lui dit et paraît très intelligent.

En juin 1893, l'instituteur donne les notes suivantes: très bon petit élève; très intelligent, a obtenu cette année le certificat d'études primaires avec une bonne place, suit avec beaucoup d'attention tous les exercices de la classe, et fait de nombreuses demandes quand il ne comprend pas bien. La tenue est très bonne, l'enfant est propre, le caractère est un peu vif, mais le petit malade est sensible et poli. La conduite est bonne, les progrès sont très sensibles. Le chef d'atelier (imprimerie) donne les notes suivantes : Les progrès de cet élève en un mois et demi sont surprenants, compose vite, bien et proprement.

Au mois de janvier 1894, les progrès à l'atelier se maintiennent, c'est un bon ouvrier, mais la conduite laisse un peu à désirer.

Janvier 1895. L'enfant grandit et se développe, mais la conduite est toujours défectueuse, il joue pendant la classe, et semble se tenir moins proprement. Six mois après, le chef d'atelier constate qu'il y a une légère amélioration.

En juin 1896, il sait faire la mise en page, il travaille très vite, et pourrait déjà travailler au dehors. Conduite meilleure. L'amélioration continue. Les tics de la face ont disparu, l'enfant est fort, c'est un bon ouvrier capable d'être rendu à la liberté.

Il sort de Bicêtre le 16 février 1898.

1899. Il écrit au jour de l'an, à son ancien chef d'atelier, il fait actuellement son service miliataire à Toul. Il remercie son ancien patron. « Je vous devrai toujours de m'avoir appris un métier et je vous en remercie ».

En 1902, le chef d'atelier reçoit une lettre de faire part du mariage de son ancien apprenti. Il était entré après son service, dans une imprimerie de Versailles où il gagne actuellement 50 francs par semaine.

1907. Let..., est père de famille, il a un garçon et est très heureux en ménage.

Nous pourrions citer ainsi de nombreuses observations ; elles se passent de commentaires. Les faits parlent encore mieux que les discussions ; et ce sont des *faits*, ce sont des *résultats* que nous apportons.

Et pourtant, il existe encore des médecins, et ils ne sont que trop nombreux, qui prétendent que l'on ne peut rien tirer des enfants anormaux, et que c'est vouloir gaspiller l'argent des pauvres que de créer des services, comme l'admirable asile-école de Bicêtre.

M. Bourneville peut cependant être fier de la lutte qu'il a soutenue toute sa vie, les idées généreuses qu'il a semées ont germé, il est vrai, sur la terre étrangère, mais il peut voir avec plaisir qu'il semble, à côté des détracteurs, s'élever une génération nouvelle toute conquise à ses idées de bonté et de charité sociale.

XV. — Visite à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Nous avons eu l'occasion de visiter en septembre 1906, l'asile de Maréville, près de Nancy (Meurthe-et-Moselle). M. le Dr Magnier, interne de l'asile, s'est fort aimablement mis à notre disposition et nous

avons pu constater que très peu d'enfants étaient hospitalisés. Ils sont autant que possible groupés ensemble dans une petite salle. Une table et quelques bancs constituent le seul ameublement. Les enfants sont comme les adultes laissés à un désœuvrement complet. Nous avons fait remarquer au docteur MAGNIER un jeune mongolien typique, d'une dizaine d'années.

XVI. — Visite à l'hospice de la Grave à Toulouse.

M. le Dr Maurice JEANNEL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse, nous a facilité dernièrement (avril 1907) la visite de l'hospice de la Grave, à Toulouse même, et plus particulièrement le quartier d'idiots et de vieux déments. Les *enfants assistés* qui sont anormaux, sont immédiatement versés dans ces quartiers dits de *dépôt*, et y restent sans aucune éducation spéciale. Nous avons vu un jeune épileptique de 9 ans, qui a une moyenne de 1 à 2 accès par jour, l'air est cependant éveillé, et l'enfant est loin d'être idiot ; il ne tend pas vers la déchéance, mais « on n'a pas le temps de s'occuper tous les jours de lui, nous dit la religieuse de service, et il *perd tout ce qu'il savait depuis qu'il est entré ici.*

Un autre enfant idiot gâteux est promené dans la cour par deux vieux déments, on le change « autant que faire se peut ».

Nous avons vu également dans le quartier des femmes une petite idiote légèrement microcéphale. La sœur de service, très intelligente, s'en occupe dès qu'elle le peut et est arrivée à lui faire chanter quelques phrases. Elle ne disait absolument rien quand elle est entrée et accompagne maintenant de gestes sa chanson ; elle a un fort défaut de prononciation. Que de progrès n'aurait-on pas réalisé, si on avait pu soumettre cette enfant à une éducation raisonnée et systématique.

« Il y aurait réellement de quoi créer un service, nous disent les internes qui nous accompagnent, les matériaux ne manqueraient certes pas à Toulouse ».

CONCLUSIONS

I. — L'enfance anormale mentale peut être divisée en trois catégories : 1° Les *idiots* (depuis l'idiotie profonde jusqu'à l'imbécillité à son degré le plus atténué, arriération mentale), 2° les *épileptiques*, 3° les *pervers* et *pervertis*.

II. — Il est impossible d'affirmer *a priori* qu'on ne peut pas éduquer *dans une certaine mesure* et parfois COMPLÈTEMENT, un enfant anormal.

III. — *Plus le traitement médico-pédagogique est appliqué de bonne heure, plus il y a de chances d'amélioration.*

IV. — Tout être reconnu anormal est ou un *faible* que la Société a le DEVOIR de protéger, ou un *dangereux* contre lequel elle a le DROIT de se défendre.

V. — L'éducation spéciale des enfants anormaux ne peut se faire *en famille* ; elle doit être donnée dans des ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX (asiles-écoles, classes spéciales). Il y aurait avantage à séparer les *pervertis* des autres catégories d'enfants anormaux.

VU :
Le Président de la thèse,
E. BRISSAUD.

VU :
Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1824. — Belhomme. Essai sur l'idiotie (Paris, 1824).

1906. — Blasio (A. de). Une idiote sous-microcéphale (*Archivio di Psichiatria, Neuropat. Anthrop. crim. e Med. leg.*, xxvii, p. 562.)

1907. — Blin. Hospitalisation des débiles, en Allemagne, en Autriche, en Danemark, en France et en Norvège. Nature et traitement de la débilité mentale (Paris, 1907).

Bourneville. Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés, présenté à la Commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés.

Bourneville. Rapport sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

1878. — Bourneville. Rapport sur le budget des asiles d'aliénés pour 1878.

1879. — Bourneville. Rapport sur le budget des asiles d'aliénés pour 1879.

1880. — Bourneville. Rapport sur des travaux de construction et de grosses réparations dans divers établissements de l'Assistance publique.

1887. — Bourneville. Discours à la distribution des prix des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre (*Le Progrès médical*, 3 sept. 1887).

1891. — Bourneville. Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie (Paris, 1891).

1892. — Bourneville. Le service des aliénés dans le département de la Seine (Paris, 1892).

1892 *a*. — Bourneville. Histoire de la section des Enfants de Bicêtre (Paris, 1892).

1894. — Bourneville. Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés au Congrès national d'assistance de Lyon (Lyon, 1894).

1894 *a*. — Bourneville. Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés (Paris,1894).

1899. — Bourneville. Lettre à M. Charles Dupuy, Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, sur la création de Classes spéciales pour les Enfants arriérés. (Bicêtre, 1899).

1900. — Bourneville. Histoire de la Fondation Vallée, 1890-1900 (Bicêtre, 1900).

1902. — Bourneville. Encéphalites chroniques, idioties, in *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, t. IX. (Paris, 1902).

1904. — Bourneville. Les Ecoles d'Infirmières de Paris, 1898-1903 (Paris, 1904).

1905. — Bourneville. Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral (*Gazette des bains de mer de Royan*, 24 sept.-1er oct. 1905.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre.

Tome I (1880). Publié avec la collaboration de M. d'Ollier.

Tome II (1881). — Publié avec la collaboration de MM. Bonnaire et Wuillamier.

Tome III (1882). — Publié avec la collaboration de MM. Dauge et Bricon.

Tome IV (1883). — Publié avec la collaboration de MM. Boutier, Bonnaire, Leflaive, P. Bricon et Séglas.

Tome V (1884). — Publié avec la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaive et Bricon.

Tome VI (1885). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien et Séglas.

Tome VII (1886). — Publié avec la collaboration de MM. Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarrien et Bricon.

Tome VIII (1887). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, Pilliet, Raoult et Bricon.

Tome IX (1888). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien, Raoult et Sollier.

Tome X (1889). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier et A. Pilliet.

Tome XI (1890). — Publié avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier.

Tome XII (1891). — Publié avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier.

Tome XIII (1892). — Publié par la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir.

Tome XIV (1893). — Publié avec la collaboration de MM. Boncourt, Cornet, Lenoir, J. Noir et P. Sollier.

Tome XV (1894). — Publié avec la collaboration de M. J. Noir.

Tome XVI (1895). — Publié avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier.

Tome XVII (1896). — Publié avec la collaboration de MM. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.).

Tome XVIII (1897). — Publié avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillamier.

Tome XIX (1898). — Publié avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer (J.).

Tome XX (1899). — Publié avec la collaboration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul-Boncour et Poulard.

Tome XXI (1900). — Publié avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul-Boncour, Philippe et Oberthür.

Tome XXII (1901). — Publié avec la collaboration de MM. Ambard, Boyer (J.), Crouzon, Morel, Paul-Boncour, Philippe et Oberthür.

Tome XXIII (1902). — Publié avec la collaboration de MM. Ambard, Berthoud, Blumenfeld, Boyer, Crouzon, Lemaire, Morel, Oberthür, Paul-Boncour, Philippe et Poulard.

Tome XXIV (1903). — Publié avec la collaboration de MM. Boyer, Iron, Lemaire, Maugeret (M^lle^), Noir et Paul-Boncour.

Tome XXV (1904). — Publié avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin.

1895. — Bourneville et Boyer. Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés (*Archives de Neurologie*, [1895], n° 102, p. 108)

1895. — Boyer. (Voy. Bourneville, 1895).

1901. — Boyer. Nouvelle méthode spéciale pour l'enseignement de la lecture à l'usage des enfants arriérés ou présentant des troubles de la parole (Paris, 1901).

1902. — Boyer. Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie (Paris, Thèse de doctorat, 1902).

1890. — Bru. Histoire de Bicêtre (Hospice, Asile, Prison) d'après des documents historiques, avec une préface du Docteur Bourneville (Paris, 1890).

1896. — Bru-Thiellay. (M^me^ P.) Alphabet du dessin (Bicêtre, 1896).

1837. — Calmeil. Idiotisme (in *Dictionnaire de Médecine ou Répertoire général des Sciences médicales*).

1885. — Chevalier. Sur l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal (Lyon, Thèse de doctorat, 1885).

Couëtoux. (Voy. Hamon du Fougeray).

Cullerre. Notice sur l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

1881. — Dagonet. Une enquête à l'asile Sainte Anne (Paris 1881).

1882. — Dagonet. Des réformes à introduire dans la loi de juin 1838 et les asiles d'aliénés (Paris, 1882).

1875. — Dagron. Des aliénés et des asiles d'alinés (Paris, 1875).

1894. — Dallemagne. Dégénérés et désiquilibrés (Paris, 1894).

1804. — Daquin. La philosophie de la folie (Chambéry, an XII; 2e édit.).

1894. — Darin. Assistance des aliénés dans l'Etat de New-York. (Rapport de la commission de surveillance pour l'exercice fiscal 1894).

1852. — Davenne. Rapport au préfet de la Seine sur le service des aliénés (Paris, 1852).

1854. — Delasiauve. Traité de l'épilepsie (Paris, 1854).

1859. — Delasiauve. Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots (Paris, 1895).

Doutrebente. De l'hospitalisation des aliénés, des épileptiques et des idiots dans le département de Loir-et-Cher.

Dubois (F.). Nouvelles inductions philosophiques appliquées à l'étude de l'idiotisme, *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, V, p. 553.

1818. — Esquirol. Idiotisme, in *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. xxiii, p. 107, (Paris, 1818).

1838. — Esquirol. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal (Paris, 1838).

1838 *a* — Esquirol et Séguin. Résumé de ce que nous avons fait pendant 14 mois (Paris, 1838).

Feré (Ch.) Du traitement des aliénés dans les familles.

Feré (Ch.) Des épilepsies et des épileptiques.

1893. — Fernald. (Voy. Walter, 1893).

1834. — Ferrus. De l'idiotie. (*Gazette médicale*, p. 756 [1834]).

Hamon du Fougeray et Couëtoux. Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux, sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc. (avec une préface du Dr Bourneville)

Husson (Armand). Etude sur les hôpitaux.

1801. — Itard. Rapport fait à son Excellence le Ministre de l'Intérieur sur le Sauvage de l'Aveyron (Paris, 1801).

1806. — Itard. Rapport fait à son Excellence le Ministre de l'Intérieur sur

les nouveaux développements, et l'état actuel du Sauvage de l'Aveyron (Paris, 1807).

1904. — Jolivel (Mme A. J.). Bicêtre autrefois et aujourd'hui; de la perfectibilité des idiots (Vesoul, 1904).

1884. — Lasègue. Etudes médicales (Paris, 1884).

1896. — Laupts. Perversion et perversité sexuelles (Paris, 1896).

Legrain (Voy. Magnan).

Magnan. Héréditaires dégénérés.

Magnan et Legrain. Dégénérés.

Maxime du Camp. Paris.

Noir. Etude sur les tics dans l'idiotie.

1801. — Pinel. Traité médico-philosophique sur l'aliénation ou la manie (Paris, an IX).

1900. — Pornain. Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés anormaux, crétins, épileptiques (adultes et enfants). Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales.

1885. — Regis. Manuel pratique de Médecine mentale (Paris, 1885).

1838. — Séguin. — (Voy. Esquirol. 1838 *a*).

1839. — Séguin. Conseils à M. O**** sur l'éducation de son enfant idiot (Paris, 1839).

1841-42. — Séguin. Théorie et pratique de l'éducation des idoits (Leçons aux jeunes idiots de l'hospice des Incurables; deux semestres, Paris, 1841-42).

1843. — Séguin. Hygiène et éducation des idiots (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale* [1843]).

1846. — Séguin. Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés. (Paris. 1846).

1891, — Sollier. Psychologie de l'idiot et de l'imbécile (Paris, 1891).

Sollier. L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique.

1902. — Stritter. Les asiles de traitement et d'hospitalisation pour les arriérés, idiots et épileptiques en Allemagne et dans le reste de l'Europe.

1887. — Thulié. Les enfants assistés de la Seine (Paris, 1887).

1900. — Thulié. Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie (Paris, 1900).

1843. — Voisin (Félix). De l'idiotie chez les enfants (Paris, 1843).

1893. — Voisin (Jules). L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot (Paris, 1893).

Wahl. A propos de l'éducation des enfants arriérés.

1893. — Walter et Fernald. The history of the treatment of the feeble minded (Boston, 1893).

APPENDICE

INSTRUCTIONS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES

PAR BOURNEVILLE

ANTÉCÉDENTS

L'interrogatoire doit être fait avec bienveillance et beaucoup de tact. Au cours de l'interrogatoire, guider les parents, les ramener aux questions quand ils s'en écartent trop, mais noter les faits qu'ils citent dans leurs *échappées*.

PÈRE : âge, profession ; en cas de profession insalubre, y a-t-il eu intoxication ? En quoi a-t-elle consisté ?

Antécédents personnels. — Convulsions, fièvre typhoïde (délire, mémoire), chorée, rhumatismes, dartres, syphilis (1), alcool, tabac, thé, café, cocaïne ou autres intoxications, traumatismes céphaliques, caractère, migraines. Soldat ou réformé et pourquoi ?

Famille du père. — Père, mère, grands-pères et grand'mères *paternels* et *maternels*, oncles et tantes paternels et maternels, frères, sœurs, neveux et nièces.

Reste de la famille. — Idiots, aliénés, épileptiques, apoplectiques, paralytiques, difformes, bègues, tiqueux, strabiques, sourds-muets, pieds-bots, malformations diverses, (polydactylie, syndactylie, bec-de-lièvre, spina-bifida, etc.) ; suicidés, prostituées, criminels. Neurasthéniques, excentriques. Y a-t-il eu des enfants en correction ?

(1) Les questions relatives à la *syphilis* et à l'*alcoolisme* doivent porter d'abord sur les manifestations de ces *infections*, sur les traitements suivis, etc. — Il est nécessaire que les questions délicates soient posées en dehors de la présence du personnel secondaire et surtout de l'enfant quand il est en état de comprendre.

Mère : mêmes renseignements.

Consanguinité. — Inégalité d'âge. Pays d'origine du père et de la mère. (Goître, fièvres paludéennes, etc.). — Age au moment du mariage légitime ou illégitime.

Enfants. — Nombre, gémellarité, intelligence, état de santé, convulsions strabisme, bégaiement, chorée, tremblements, tics, autres accidents nerveux, degré intellectuel. Fausses couches, causes.

Le Malade.

État du père et de la mère à la *Conception.* — Misère, alcoolisme, bonne entente, absence de sympathie, émotions, état maladif, etc. Y a-t-il des motifs de supposer une interposition? En cas d'aliénation du père ou de la mère, signaler si elle existait à la conception.

Grossesse. — Coups, chutes, peur, émotions (nature, durée), envies, syncopes, attaques de nerfs, albuminurie, alcoolisme, opium, café, éther, laudanum, cocaïne, autres médicaments toxiques, éclampsie, tentatives d'avortement, constriction du ventre, tisanes de bonnes femmes, ennui de se voir enceinte, idées noires, somnolence, date de l'apparition des mouvements du fœtus, leur intensité, leur fréquence, comparaison avec ceux des enfants antérieurs ou postérieurs. Persistance des règles. Maladies infectieuses. Vomissements; surmenage.

Accouchement. — A terme ou prématuré (cause), naturel ou avec intervention, durée du travail, chloroforme, mode de présentation ; quantité des eaux de l'amnios.

État de l'enfant à la naissance. — Asphyxie (blanche ou bleue, durée de l'état bleu), cordon autour du cou, poids, chétif ou bien portant. Premiers cris : naturels ou avec stridor, ou respiration retentissante.

Allaitement. — Sein, mère ou nourrice, prise du sein (état des mamelons), biberon (lait de vache ou de chèvre), pavot ou calmants, sevrage 1re dent, dentition complète.

Début et évolution de la parole, de la marche, de la propreté : signes par lesquels l'enfant indique ses besoins.

Alcoolisme de la *nourrice*; grossesse; syphilis. Accidents nerveux. Son mari, ses père et mère buvaient-ils. Motifs du retrait de l'enfant.

Alimentation. — Administration de vin ou liqueurs. — Epoque de la fermeture des fontanelles; athrepsie.

Antécédents morbides. — *Convulsions* : prodrômes, début, durée, toniques, cloniques, prédominance d'un côté, nombre des attaques de

convulsions. Etat de l'intelligence *avant* et *après*; paralysie, contracture, athétose, chorée, hémichorée consécutives.

Caractère. — Gai, triste, violent, accès de colère.

Instincts. — Vol, gourmandise, salacité, pyromanie, clastomanie, mythomanie, onanisme (comment). Rapports sexuels (perversions), turbulence, alcoolisme.

Penchants au suicide, à l'homicide (tentatives), à la jalousie. — Sociabilité.

Digestion. — Préhension, occlusion ou non de la bouche, bave, mastication, succion, ingestion de corps étrangers, déglutition, rumination, vomissements, garde-robes, constipation, diarrhée, gâtisme, hémorroïdes, vers intestinaux, corps étrangers (cailloux, etc.) — Indigestions.

Respiration. — Bronchite, hémoptysies.

Circulation. — Troubles vaso-moteurs.

Motilité. — Troubles de la marche, tremblement.

Sensibilité générale. — Froid, chaleur, anesthésie, hyperesthésie..

Puberté. — Règles régulières, abondantes ou non, durée, douleur; leucorrhée. Rapports. — Système pileux.

Etat des sens. — Anatomie, physiologie, normales ou pathologiques hallucinations.

Sentiments affectifs. — Impressionnabilité. Mauvaise entente de l'enfant avec son père et sa mère; discussions, violences.

Étourdissements, céphalalgies, krouomanie, changements de coloration de la face, secousses brusques, vertiges, tremblements.

Sommeil. — Durée, rêves, cauchemars, accès de cris, attaques de sommeil; somnambulisme.

Mémoire. — Raisonnement, attention; écolage : degré d'instruction; aptitudes particulières.

Ressemblance de l'enfant; tient-il plus du père que de la mère au point de vue physique et au point de vue psychique?

S'il y a eu des *aliénés* dans la famille, placés dans les asiles, prendre note du nom de l'aliéné, de l'asile, et de l'époque d'internement. — Traitements antérieurs. — Placements dans des maisons de correction. — Placements comme apprenti.

Maladies infectieuses. — Rougeole, scarlatine, variole, vaccin (âge), coqueluche, fièvre typhoïde, accidents syphilitiques, diphtérie, faux croup, oreillons; grippe.

Accidents scrofuleux. — Gourmes, dartres, otorrhée, blépharite ciliaire, conjonctivite, adénites, engelures, maladies de la peau, rachitisme.

Traumatismes céphaliques par chutes ou coups; fractures, luxations, brûlures; sévices exercés par les familles.

Cause à laquelle les parents attribuent la maladie.

Premiers signes de l'idiotie constatés par les parents.

Écolage, parties de l'enseignement faibles ou fortes.

Premiers signes de l'épilepsie : cauchemars, céphalalgies, irritabilité, absences, vertiges, secousses, fugues.

Accès : aura diurne, nocturne ; blessures dans les accès ; miction, défécation, pertes séminales ; morsures de la langue, bave, écume ; état consécutif : sommeil, hébétude, température ; automatisme, précursion, folie pré ou post épileptique, séries d'accès, état de mal. En cas d'état de mal, préciser. Maximum des accès en 24 heures pendant l'année qui a précédé le placement. Rémission la plus longue pendant l'année qui a précédé le placement.

Chez les hémiplégiques : préciser le début et la marche de la *paralysie*, sa diminution, son aggravation ; le début de la *contracture* ; le début de l'*athétose*, de l'*atrophie*.

*
* *

Lorsque ces renseignements ont été donnés par la famille, nous prenons ou nous faisons prendre la *description de l'enfant*. Afin de faciliter la tâche de nos internes, nous avons établi le schéma suivant.

ETAT ACTUEL

Les malades doivent être examinés nus, de la tête aux pieds. On doit procéder avec douceur à l'examen.

État général. — Bon, médiocre, mauvais. Adipose, émaciation. Air de santé ou de maladie. Station, attitude habituelle.

Physionomie. — Expression.

Peau. — Cheveux (couleur, implantation, tourbillon, épi), poils, ganglions, cicatrices, éruptions, nævi, etc.

Crâne : volume, forme (dolychocéphale, brachycéphale, plagiocéphale, acrocéphale, etc.) ; symétrie, bosses, fontanelles, front, mensurations, etc. — Conformateur.

Face : forme du visage, asymétrie, cicatrices, arcades soucilières saillantes ou déprimées, sourcils, paupières (blépharite, entropion, ectropion, etc.), fentes palpébrales, sourcils, cils (couleur, direction). — Orbites.

Yeux : motilité, lésions (exophtalmie ; strabisme divergent, convergent, double ou simple, en haut, en bas, paralysies, nystagmus). — *Iris* : couleur, anomalies. — *Pupilles* : dimensions, réactions à la lumière et à l'accommodation. — *Fond de l'œil.* — Paupières : chutes, lésions, bouffissures.

Examen fonctionnel : acuité visuelle (couleurs, quelles ?) diplopie, polyopie ; *champ visuel* ; dyschromatopsie.

Nez : aquilin, camus, droit ; lobule, volume, bifidité, déviation, narines (direction, atrésie). — *Odorat* : flaireurs.

Pommettes : saillie, régularité, symétrie ; joues.

Bouche : forme, dimension, ouverte ou non.

Lèvres : volume, saillie, épaisseur, malformations ; commissures.

Langue : épaisseur, bifidité ; lésions : fissures, glandes ; tremblement de la pointe ; filet. — *Goût* : perception des saveurs ; salacité.

Palais : voûte, voile (forme ogivale ou non) ; malformations.

Amygdales : volume, saillie. — *Luette* : dimensions, direction, bifidité ; etc.

Pharynx : déglutition, tumeurs adénoïdes.

Dents : examen spécial ; mastication. — Prognathisme supérieur ou inférieur.

Menton : forme, fossette, dimensions, situation par rapport au maxillaire supérieur.

Oreilles : forme, implantation ; écartement, lobule, hélix, anthélix ; tragus, antitragus, tubercule de Darwin. — *Ouie.*

Cou : circonférence, corps thyroïde, larynx (voix), développement de la pomme d'Adam (cartilage thyroïde) ; torticolis, etc.

Membres supérieurs : forme, attitude, volume, motilité, pression (dynamomètre), sensibilité, toucher, etc. — État des jointures ; des

mains, des doigts (cyanose, engelures, etc.); des *ongles* : onychophagie, déchirure. — Préhension.

Membres inférieurs : forme, attitude, état des jointures, des orteils; station, marche, voûte plantaire.

Examen fonctionnel. { Mouvements volontaires. / Mouvements provoqués. / Mouvements réflexes.

Malformations congénitales ou pathologiques (Syndactylie, polydactylie, palmature).

Thorax. — Forme, volume, saillies (rachitisme ou syphilis); inégalité des deux moitiés; forme de la respiration. — Percussion; — auscultation; — cri, toux. — Déformations.

Cœur. — Percussion et auscultation. — Pouls.

Abdomen. — Inspection; palpation; percussion (foie, rate, fosse iliaque droite, appendicite, etc.). — *Hernies.* — *Région anale.*

Bassin. — Déformations congénitales ou acquises.

Colonne vertébrale. — Déformations.

Organes génitaux et *Puberté.* — 1° *Garçons.* Verge (long., circonf.), gland, prépuce, adhérence, méat; testicules (volume); poils. Taches sur la chemise. — 2° *Filles.* Grandes lèvres, clitoris, capuchon, petites lèvres, vestibule, hymen, fourchette; seins (dimensions, aréoles, mamelons); règles, durée, abondance, douleurs, troubles intellectuels : leucorrhée. — Onanisme. — Système pileux (pénil, aisselles, tronc, membres). — Mue de la voix.

Fonctions. — Digestion (mastication, déglutition, vomissements, rumination, constipation, etc.), respiration, circulation, etc. — Urination, urines. — Albumine, sucre, gravelle, incontinence, etc.

Sensibilité générale. — Contact, température, douleur, chatouillement.

Intelligence. — Attention, mémoire, raisonnement, association des idées. — Parole. — Observation sur les changements ou non de l'état de l'enfant.

HÉMIPLÉGIE :

1° Attitude des membres paralysés : *a*) au repos, *b*) dans la marche.

2° Mensurations comparatives des membres des deux côtés (tableau).

3° Etat des jointures : *a*) contracture, *b*) craquements.

4° Etat des mouvements : *a*) spontanés, *b*) provoqués.

5° Contractions fibrillaires. Etat des muscles : *a*) contractilité, *b*) amaigrissement, *c*) atrophie musculaire.

6° Hémichorée, athétose.

7° Epilepsie spinale, trépidation, phénomène du pied. Signe de Babinski.

8° Réflexes (bras, genou, pied).

9° Comparaison des deux côtés du tronc (thorax, bassin, membres).

10° Développement du système pileux : *a*) côté paralysé, *b*) côté sain.

11° Organes génitaux : comparaison des testicules, des seins, des grandes et petites lèvres.

*
* *

Afin de connaître le mieux possible nos malades, les maîtres et les maîtresses d'école, nos infirmiers et infirmières nous fournissent pour le certificat de quinzaine — que nous devons rédiger conformément à l'article 11 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés — des renseignements détaillés, en se conformant aussi bien qu'ils le peuvent aux indications suivantes :

Physionomie.
Attitude.
Tenue générale.
Marche.
Course.
Saut.
Montée et descente.

Toilette.

Lavage de la figure et des mains.
Propreté.

Habillement.

Ordre.

Digestion.

Préhension (cuillère, fourchette, couteau).
Appétit (perversions).
Bave.
Succion.
Mastication.
Déglutition.
Vomissements.
Rumination.
Gâtisme.
Constipation ou diarrhée.

Sommeil.

Durée. — Calme ou agité.
Soubresauts.
Cauchemars (terreurs nocturnes).

Sentiments affectifs.

Vers, corps étrangers dans les selles.

Hémorrhoïdes.

URINATION.

FONCTIONS RESPIRATOIRES.

Voix.

Respiration.

Oppression.

Toux.

PAROLE.

Nulle, limitée ou régulière. — *Défauts* de prononciation. Echolalie. Cris. Pleurs. Rires.

CIRCULATION.

Congestion des pieds, des mains, des oreilles et de la face; pâleur.

Accès de colère.

Douleurs de tête.

Grincements de dents.

TICS. MANIES.

Onychophagie.

Coprophagie ou salacité.

Mémoire auditrice, visuelle, olfactive, gustative, des personnes, des lieux,

Conception des idées. Réflexion; jugement. Association des idées. Incohérence.

SENS SPÉCIAUX.

Vue.

Nystagmus, strabisme.

Ouie.

Aptitudes musicales.

ODORAT,

Flaireurs.

GOUT.

TOUCHER.

Mains. Forme. — (Gaucher, droitier ou ambidextre).

Chatouillement. — Douleur. — Chaleur. — Froid. Toucher proprement dit.

FONCTIONS INTELLECTUELLES.

Attention : fixable, mobile, nulle, volontaire ou involontaire.

Imitation personnelle ou impersonnelle.

Caractère : envieux, jaloux, impatient, irritable, haineux, triste, gai, sociable.

INSTINCTS.

I. de conservation. Conscience ou inconscience du danger.

I. de destruction ou clastomanie.

I. de propriété, kleptomanie.

I. de vanité ou besoin d'approbation.

I. de domination. Egoïsme ou altruisme.

I. Sexuel ; onanisme (fréquence), solitaire, à deux, inversion, perversion, sadisme, etc.

ECOLAGE. — Les notes sont prises par nos instituteurs et institutrices qui doivent établir à l'entrée, le bilan des connaissances scolaires des enfants. — *Cahier scolaire*, que nous avons institué dès notre arrivée à Bicêtre (1879).

Dans le but de faciliter la tâche de tous nos collaborateurs et de leur permettre de mieux se rendre compte des renseignements qu'ils ont à nous fournir, nous avons cru ajouter devoir aux *schémas* qui précèdent, les *définitions* ci-après.

DÉFINITIONS

Acrocéphalie (ἄκρον, pointe) — Tête pointue.

Brachycéphalie (βραχύς, court, κεφαλή, tête) — Brachycéphale. Le diamètre transversal se rapproche sensiblement du diamètre antéro-postérieur. Tous les crânes humains sont en général plus longs que larges, le diamètre antéro-postérieur l'emporte sur le diamètre transversal. Donc dans la brachycéphalie, crâne large, tête carrée.

Dolichocépalie (δολιχός, allongé) — Le diamètre antéro-postérieur l'emporte de beaucoup sur le diamètre transverse. Crâne long.

Hydrocéphalie (ὕδωρ, eau) — Tête renfermant de l'eau.

Macrocéphalie (μακρός, gros) — Tête volumineuse.

Microcéphalie (μικρός, petit) — Tête petite.

Plagiocéphalie (πλάγιος, oblique) — Les deux moitiés du crâne chevauchent en quelque sorte l'une sur l'autre ; il s'en suit que la bosse frontale gauche, par exemple, est déprimée, aplatie, tandis que la moitié correspondante de l'occipital fait saillie. Inversement la bosse frontale droite est saillante et la moitié correspondante de l'occipital est déprimée. (Crâne oblique.)

Trigonocéphalie (τρίγωνος, à trois angles) — Tête en forme de triangle.

Scaphocéphalie (σκάφος, bateau) — Déformation du crâne qui prend la figure d'un bateau.

Indice céphalique	Rapport entre les diamètres transverse et antéro-postérieur du crâne.
Glabelle	Partie médiane inférieure du frontal, placée entre les bosses frontales et les extrémités internes des arcades sourcilières au-dessus de la racine du nez.
Vertex	Sommet de la tête.
Inion	Protubérance occipitale externe.
Obélion	Milieu de la suture inter-pariétale.
Lambda	Point de jonction de la suture inter-pariétale et de la suture occipito-pariétale.
Crâne natiforme (*Nates*, fesses ; *forma*, forme)	Crâne dont les bosses frontales très saillantes sont séparées par un sillon ainsi que les bosses pariétales.
Grand empan	Distance du rebord externe de l'extrémité supérieure de l'auriculaire au rebord externe de l'extrémité supérieure du pouce, la main étant dans son extension la plus complète, les doigts écartés.
Petit empan	Largeur de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, les doigts rapprochés et allongés.
Clastomanie (Κλάστω, je brise)	Manie de briser.
Coprolalie (Κόπρος, ordure ; λαλέω, je parle)	Manie de dire des mots grossiers.
Coprophagie (Κόπρος, ordure et φαγεῖν) manger	Acte de manger toutes sortes d'ordures, même les excréments. On dit aussi *Salacité*.
Cryptomanie (Κρύπτω, je cache)	Manie de cacher.
Cynophobie (Κύων, chien, φοβέω, j'ai peur)	Peur des chiens.
Dacnomanie (δάκνω, je mords)	Manie de mordre.

Echokinésie (*écho*, écho, κίνησις, mouvement) — Répétition du même mouvement.

Echolalie (*écho*, λαλέω, je parle) — Manie de répéter les mots qu'on prononce devant vous, ou qui terminent les phrases.

Kleptomanie (κλέπτω, je vole) — Manie du vol.

Krouomanie (κρούω, je heurte) — Manie de se cogner la tête.

Mythomanie — Tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires.

Onychophagie (ὄνυξ, ongle, φαγεῖν, manger) — Manie de se manger les ongles.

Psittacisme (ψιττακός, perroquet) — Manie de répéter des mots sans liaison entre eux et sans à propos, à la façon des perroquets.

Pyromanie (πῦρ, feu) — Manie de mettre le feu ; 1° pour voir briller le feu ; 2° pour détruire.

Zoophobie (ζῶον, animal, φοβέω, j'ai peur) — Peur des animaux.

Agoraphobie — Peur des espaces et des foules.

Cyphose (κυφός, courbé) — Courbure anormale de la colonne vertébrale en arrière, c'est-à-dire dont la convexité est postérieure. On dit encore *voussure, dos voûté, excurvation.*

Lordose (λορδός, courbé) — Courbure de la colonne vertébrale en avant.

Scoliose (σκολιός, tortueux, sinueux) — Déviation latérale de la colonne vertébrale.

Troubles de la parole.

I. — *Ceux qui ont pour cause l'absence ou la faiblesse de l'idéation.*

Mutisme — L'enfant entend mais ne parle pas, sans qu'il y ait lésion des organes phonateurs.

Langage nègre — L'enfant possède un certain nombre de vocables, mais n'emploie pas le verbe, ne fait pas de phrase.

II. — *Ceux qui proviennent d'un défaut de transmission aux organes et de coordination dans leur fonctionnement.*

Bredouillement — Il y a bredouillement, lorsque la pensée allant plus vite que les organes phonateurs, n'a pour ainsi dire pas le temps de s'exprimer intégralement. De ce fait se produisent des articulations rapides, tronquées, fondues les unes dans les autres, et par suite incompréhensibles.

Bégaiement — C'est un état choréique intermittent des appareils qui président à la phonation articulée, l'acte respiratoire y étant compris. Il est *inspiré*, quand il se produit au moment de l'inspiration, *expiré* quand il se manifeste dans l'expiration, et *mixte* quand il existe dans les deux temps de la respiration.

III. — *Ceux qui proviennent des organes phonateurs.*

Blésité — Elle consiste dans la substitution, la déformation ou la suppression d'une consonne.

a) **Zézaiement** — Prépondérance du *z* ; substitution du *z* au *s*, *j*, etc., *zouzou* pour *joujou*.

b) **Sesseyement** — Prépondérance du *s* ; substitution du *s* au *ch*, *vasse* pour *vache*.

c) **Jotement** — Substitution du son vocal *i* au *l* : *iapin* pour *lapin*.

d) **Chuintement** — Substitution du *ch* au *s* : *chauchichon* pour *saucisson*.

e) **Grasseyement** — Tonalité gutturale du *r* ou suppression du *r* (langage des muscadins).

f) **Mytacisme** — Substitution du *b*, *m*, *p* à d'autres consonnes : *borceau* pour *morceau*.

g) **Clichement** — Addition du son *l* mouillé après certaines consonnes : *chianter* pour *chanter*.

h) **Substitutions** — diverses du *n* au *l*, des dentales aux gutturales, etc.

i) **Accents divers** — Midi, serrement de dents, etc.

j) **Déformation** — des sons vocaux et nasaux.

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT I

INTRODUCTION V

CHAPITRE PREMIER. — De l'Enfance anormale. 1

CHAPITRE II. — Historique 9

1° Les enfants idiots et dégénérés avant le Dr Bourneville 9

2° L'œuvre du Dr Bourneville . . 12

3° Le service du Dr Bourneville . 16

CHAPITRE III. — La Méthode du Dr Bourneville et les résultats obtenus. 26

CHAPITRE IV. — De la nécessité de l'assistance des enfants anormaux. 69

CHAPITRE V. — Etat actuel de l'assistance des enfants anormaux en France et à l'Étranger 78

CHAPITRE VI. — Observations. 88

1. — Type pervers pur 88

2. — Type perverti pur 91

3. — Type pervers-perverti 94

4 à 8. — Nécessité d'assistance 96

9. — Nécessité des patronages 104

10. — Secours à domicile. 106

11 à 14. — Résultats obtenus 107

15 et 16. — État des enfants dans les asiles de province . 118

CONCLUSIONS 120

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 121

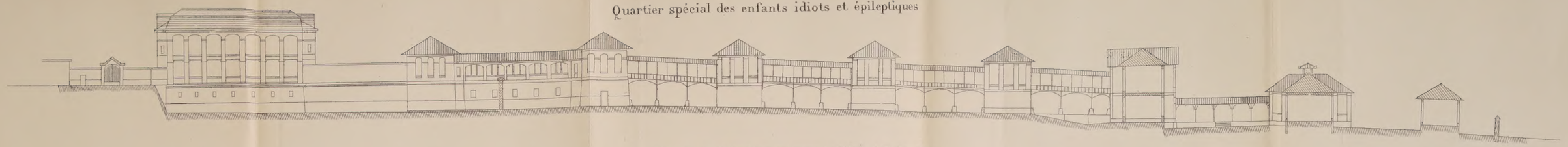
APPENDICE 127

Instructions médico-pédagogiques par le Dr BOURNEVILLE 127

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES. PARIS

HOSPICE DE BICÊTRE

Quartier spécial des enfants idiots et épileptiques



Coupe et élévation suivant la ligne A B du plan

Route

Cymnase couvert

Cour du Gymnase

Sureté

Bois

Stratégique

Bois

Sapmiere

Fontaine

Fontaine

Tonnelle

Plantes fourragères et céréales

Plantes potagères et céréales

Verger

Verger

A

B

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE